

## CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

FRA-AE-NDI-0219-1

Le présent document constitue les conditions générales valant notice d'information du contrat d'assurance de groupe ALLAZO Emprunteur avec adhésion facultative conclu conformément à l'article L.141-1 du code des assurances souscrit par l'Association « Le Collège des Assurés », Association régie par la loi de 1901 – 38, rue la Condamine – 75017 Paris – APE : 9499Z – SIRET : 80308779000017, au bénéfice de ses membres auprès de l'assureur iptiQ Life SA, (ci-après le « Contrat »).

Assureur : iptiQ Life SA est une entreprise constituée au Luxembourg (immatriculée au registre du commerce du Luxembourg sous le numéro R.C.S Luxembourg B 184281) dont le siège est situé au 2, rue Edward Steichen, L-2450 Luxembourg, agissant par l'intermédiaire de sa succursale française dont le siège est situé au 11 - 15 Rue Saint Georges, 75009 Paris, France, par l'intermédiaire du courtier en assurance BPSIs auquel la gestion du Contrat est déléguée par l'Assureur.

Gestionnaire : agissant par délégation de l'Assureur, Brokerage Programs & Services for Insurance Solutions ci-après dénommé « BPSIs, société par actions simplifiée, une activité de courtage d'assurance, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) de Paris sous le numéro N° 791605413 dont le siège social est situé 38 rue de la Condamine à Paris -75017 enregistrée à l'ORIAS sous le numéro 13004515.

Le Contrat est composé des présentes conditions générales valant notice d'information, du bulletin d'adhésion, du certificat d'assurance, des éventuelles annexes et des formulaires d'adhésion (questionnaires, déclarations, rapport).

### 1 DEFINITIONS

**Accident** : toute atteinte corporelle subie par l'Adhérent, qui n'a pas été provoquée volontairement par l'Adhérent à lui-même, et qui a été provoquée par une cause extérieure brutale, soudaine, violente, fortuite et imprévisible. **LES INCIDENTS COMME LES ACCIDENTS VASCULAIRES OU LES INFARCTUS DU MYOCARDE NE SONT PAS CONSIDERES COMME DES ACCIDENTS S'ILS SURVIENNENT SANS CAUSE TRAUMATIQUE EXTERNE.**

**Actes ordinaires de la vie courante** : s'habiller, se laver, s'alimenter et se déplacer tels que définis ci-dessous :

- S'habiller : la faculté à mettre et enlever tout vêtement, et le cas échéant, tout appareil orthopédique, prothèse ou tout équipement médical.
- Se laver : la faculté de se laver par tout moyen (incluant la faculté à rentrer et sortir d'une baignoire ou d'une douche).
- S'alimenter : la faculté à se nourrir lorsque la nourriture est mise à disposition.
- Se déplacer : la faculté à se déplacer d'un endroit à un autre, sur un même étage.

**Adhérent** : Personne physique ou morale qui paie les cotisations, et qui est le client de l'Assureur. Il peut s'agir soit de l'entreprise adhérente soit de l'Assuré lorsque ce dernier ne porte pas le risque pour l'entreprise adhérente.

**AERAS** : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé.

**Assistance d'une tierce personne** : Activité qui consiste à effectuer de façon constante, en tout ou partie à la place de la personne dépendante, les Actes ordinaires de la vie courante (s'habiller, se laver, s'alimenter et se déplacer) ou à surveiller ou à soutenir la personne dépendante en vue de permettre l'exécution de tous ces actes.

**Assuré** : Personne physique qui est couverte par les garanties du contrat.

**Assureur** : Personne morale qui s'engage, moyennant le paiement des cotisations et conformément aux conditions prévues par le Contrat d'assurance, à garantir les conséquences des risques couverts par le Contrat. Dans le présent Contrat, l'Assureur est iptiQ Life SA.

**Atteinte corporelle** : tout dommage corporel portant atteinte à l'intégrité physique de l'Assuré suite à un Accident ;

**Bénéficiaire** : une personne physique ou morale désignée par l'Adhérent pour recevoir les paiements en cas de Sinistre. Par défaut, le Bénéficiaire est le Prêteur ou, pour un Contrat de crédit-bail, le créancier de la Valeur de crédit-bail. Le Prêteur ou le créancier peut néanmoins fournir son accord écrit, dans les limites de la législation applicable, à la désignation

d'autres bénéficiaires, qui peuvent être le conjoint de l'Assuré ou un membre de sa famille conformément à l'article L. 132-8 du Code des assurances jusqu'au second degré en ligne directe ou en ligne collatérale (article 743 du Code civil).

**Bénéficiaire acceptant** : le Bénéficiaire qui accepte sa désignation par l'Adhérent. L'acceptation rend la désignation irrévocable. L'Adhérent perd le droit de disposer librement du Contrat, car l'Adhérent ne peut demander la résiliation ou la modification du Contrat sans l'accord du Bénéficiaire (Art. L. 132-9 du code des assurances).

**Candidat à l'assurance** : toute personne physique sollicitant une couverture d'assurance. Cette demande de couverture est soumise à l'acceptation de l'Assureur.

**Capital assuré** : montant du prêt qui peut faire l'objet d'une garantie. Il s'agit du capital restant dû multiplié par la Quotité assurée.

**Capital emprunté** : montant total du prêt contracté par l'Assuré emprunteur concerné par la couverture d'assurance.

**Capital restant dû** : montant total du prêt (ou somme des échéances) restant dû par l'Assuré en tant qu'emprunteur à une date donnée.

**Caution** : personne qui s'engage à rembourser le Prêteur en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

**Certificat d'assurance** : document indiquant les conditions dans lesquelles l'Assureur a accepté l'Assuré. Ce document complète et personnalise la notice d'information.

**Consolidation (ou consolidé)** : stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

**Convention AERAS** : convention s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé. Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des personnes présentant un risque aggravé de santé.

**Contrat de crédit-bail** : un contrat de location d'équipement ou de bien immobilier pour une durée déterminée entre une entreprise et un établissement de crédit avec ou sans promesse de vente à la fin du Contrat de crédit-bail. En principe, l'équipement ou le bien immobilier est mis à disposition de l'utilisateur en contrepartie du versement d'un loyer, sans que l'utilisateur n'en soit le propriétaire. L'utilisateur peut devenir le propriétaire s'il décide d'acheter le bien au prix fixé par avance ou restitue le bien selon les termes fixés au Contrat de crédit-bail.

**Cotisations** : versement périodique effectué à l'Assureur pendant toute la durée de l'adhésion au contrat d'assurance, en contrepartie des garanties accordées. Les cotisations sont réglées par l'Adhérent.

**Franchise** : Nombre minimum de jours consécutifs d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

**Gestionnaire** : organisation qui gère le Contrat d'assurance. Le Gestionnaire du présent Contrat est BPSIs.

**Incapacité temporaire totale (ITT)** : état de l'Assuré reconnu par l'Assureur lorsqu'à la suite d'une Maladie ou d'un Accident couverts par le Contrat :

(i) l'Assuré ayant une activité professionnelle ou étant en recherche d'emploi au jour du Sinistre est dans l'incapacité temporaire totale, reconnue médicalement, de continuer à exercer son activité professionnelle lui procurant des revenus, gains ou profits, aussi bien à temps plein qu'à temps partiel ou dans l'impossibilité reconnue médicalement d'effectuer une recherche d'emploi s'il est privé de son emploi suite à une rupture de son contrat de travail.

(ii) l'Assuré qui n'a plus d'activité professionnelle à la date du Sinistre, est contraint sur prescription médicale de prendre un repos complet et continu à son domicile l'obligeant à interrompre toutes ses activités habituelles non-professionnelles (par exemple les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage, la gestion de ses affaires personnelles et familiales).

L'incapacité doit être temporaire, totale, continue et reconnue par l'Assureur. Elle doit persister au-delà du délai de franchise choisi lors de l'adhésion.

**Invalidité permanente partielle (IPP)** : état reconnu par l'Assureur lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie couvert(e) par le Contrat et après consolidation de son état de santé, l'Assuré présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33 % et strictement inférieur à 66 %, en application des dispositions des présentes conditions générales valant notice d'information.

**Invalidité permanente totale (IPT)** : état reconnu par l'Assureur lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie couvert(e) par le Contrat et après consolidation de son état de santé, l'Assuré présente un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %, en application des dispositions des présentes conditions générales valant notice d'information.

**Maladie** : toute altération de l'état de santé entraînant un changement de l'état général constatée par une autorité médicale compétente.

**Non-Fumeur** : l'Adhérent est considéré comme non-fumeur s'il déclare ne pas avoir fumé de cigarettes, cigarettes électroniques contenant de la nicotine, cigares ou pipes, même occasionnellement au cours des vingt-quatre (24) derniers mois précédant la date de la demande d'adhésion et/ou ne pas avoir été contraint de cesser de fumer à la demande expresse du corps médical.

**Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** : l'état reconnu par l'Assureur sur avis médical lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie couvert par le Contrat, l'Assuré est dans l'incapacité totale et permanente d'exercer tout travail ou toute occupation susceptible de lui procurer un revenu, gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'Assistance d'une tierce personne pour réaliser l'ensemble des Actes ordinaires de la vie courante (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver) jusqu'à la fin de sa vie.

**Prestation** : prise en charge par l'Assureur du remboursement du Capital assuré ou de (des) échéance(s) ou loyers, dans la limite de la Quotité assurée à la date du Sinistre.

**Prêt in fine** : un prêt dans le cadre duquel le capital est remboursé à la fin du contrat de prêt, seuls les intérêts font l'objet de paiements périodiques.

**Prêt professionnel** : un prêt spécifiquement destiné à des fins professionnelles.

**Prêt relais** : un prêt à court-terme permettant à l'emprunteur d'acquiescer un nouveau logement en attendant la vente de son ancien logement. Les intérêts sont réglés par versements périodiques ou avec le capital à la fin du contrat.

**Prêteur** : la personne physique ou morale qui prête le montant, dont le remboursement est l'objet du Contrat, en général un établissement bancaire ou un organisme de crédit.

**Quotité assurée** : part garantie du Capital emprunté, exprimée en pourcentage. Il est précisé que la prise en charge par l'Assureur, en cas de Sinistre, est proportionnelle à la Quotité assurée, dans les conditions prévues par la présente notice. Deux Quotités assurées différentes peuvent être définies : une pour les garanties obligatoires et une pour les garanties facultatives. La Quotité assurée définie pour les garanties facultatives doit être inférieure ou égale à la Quotité assurée définie pour les garanties obligatoires. La Quotité assurée ne peut être supérieure à 100 % du montant du prêt.

**Recherche d'emploi** : est considéré en recherche d'emploi l'Assuré percevant des allocations d'assurance chômage versées par Pôle Emploi ou tout organisme assimilé conformément aux articles L. 5421-1 et suivants du Code du travail.

**Risque garanti** : couverture proposée par le contrat (Décès, PTIA, ITT, IPT, IPP, GIS)

**Sinistre** : événement qui est de nature à entraîner la mise en jeu des garanties.

**Sports amateurs** : les activités sportives pratiquées en amateur par l'Assuré au moment de l'adhésion, et qui ne font pas partie des Sports dangereux sont couvertes par le Contrat, quelle que soit la garantie mise en œuvre.

**Sports dangereux** : (i) sports mécaniques : sports nécessitant l'utilisation d'un véhicule motorisé (terrestre, maritime, aérien) ; (ii) sports maritimes et de rivière : navigation à plus de 25 milles nautiques de la côte, plongée sous-marine (autre que de la plongée à des profondeurs inférieures à 20 m en cas de plongée avec des bouteilles et à moins de 10 m en cas de plongée sans bouteilles), canyoning, rafting ; (iii) spéléologie, sports de montagne et sports de glace : spéléologie (si un équipement spécial est nécessaire), sports de neige (autres que la pratique en amateur du ski alpin sur piste, du ski de fond, du monoski ou du surf de neige), sports de glace (autres que le patinage amateur), escalade ou alpinisme (y compris l'escalade de rochers, la randonnée en montagne avec des cordes, des piolets ou des crampons) ; (iv) sports aériens non motorisés : deltaplane, parapente, parachute, montgolfière, vol plané, planeur.

**Souscripteur** : personne morale ou chef d'entreprise qui conclut le contrat d'assurance de groupe avec l'Assureur. Dans le présent contrat, le Souscripteur est l'Association « Le Collège des Assurés ».

**Surprime** : supplément de cotisation destiné à couvrir un risque plus important que celui couvert dans les conditions normales du contrat.

**Troubles lombo-sciatiques** : troubles liés aux disques intervertébraux et/ou aux vertèbres et/ou à des douleurs radiculaires.

**Troubles psychiatriques** : schizophrénie, troubles psychotiques, troubles d'anxiété, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, et troubles alimentaires.

**Valeur de crédit-bail** : le montant des loyers restants dus au titre d'un Contrat de crédit-bail arrêté à la date d'un événement pré-déterminé (date du décès ou date de reconnaissance de la PTIA ou de l'IPT), augmenté de la Valeur résiduelle du bien. Il ne s'agit pas du Capital restant dû au titre d'un prêt.

**Valeur résiduelle** : le prix prédéfini dans un Contrat de crédit-bail à régler par l'utilisateur si ce dernier souhaite acquiescer le bien à la fin du Contrat de crédit-bail.

**Vente à distance** : Système de communication utilisant une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet et téléphone notamment).

## 2 OBJET DU CONTRAT

En fonction des garanties et de la Quotité assurée choisies par l'Adhérent lors de son adhésion, l'objet du Contrat est de garantir, en cas de survenance d'un risque couvert, tel que détaillé au chapitre 4 :

- 2.1 Le paiement du Capital restant dû au Prêteur dans le cadre d'un Prêt ou de la Valeur de crédit-bail dans le cadre d'un Contrat de crédit-bail ou d'un engagement de Caution, multiplié par la Quotité assurée choisie, en cas de décès de l'Assuré ou de reconnaissance de son état de PTIA.
- 2.2 le paiement des échéances du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit –bail) multiplié par la Quotité assurée choisie, venant à échéance en cas d'IPT, IPP ou ITT.

Les garanties obligatoires correspondent à la prestation minimum fournie au titre du Contrat et comprennent la garantie décès ainsi que la Perte totale et irréversible d'autonomie.

L'Adhérent peut aussi décider d'adhérer à (i) des garanties facultatives en cas d'Incapacité temporaire totale (ITT), d'Invalidité permanente totale (IPT) et/ou d'Invalidité permanente partielle (IPP) et/ou à (ii) des options d'extension de garantie.

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, et à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2nd niveau » et, si applicable, de « 3ème niveau », pour toute personne ne pouvant pas être couverte pour des raisons de santé par le Contrat.

## 3 LES PERSONNES ASSURABLES

Pour adhérer au contrat ALLAZO Emprunteur, il faut :

- Etre membre de l'Association « Le Collège des Assurés »
- Avoir la qualité d'emprunteur, de co-emprunteur ou de Caution d'un prêt souscrit auprès d'un organisme prêteur situé en France y compris la Corse.
- Souscrire un Prêt amortissable, un Prêt in fine, un Prêt professionnel, un Prêt relais, ou un Contrat de crédit-bail remplissant les conditions suivantes :
  - Pour les prêts amortissables, les prêts in fine, les prêts professionnels, le Contrat de Crédit-bail la durée minimum du prêt doit être de 12 mois (1 an) et la durée maximum de 420 mois (35 ans).
  - Pour les prêts relais, la durée du prêt ne peut pas excéder 36 mois (3 ans).
  - ou s'engager ou être engagé en tant que Caution pour l'un des prêts ci-dessus mentionnés et dans les mêmes conditions que celles précitées, auprès ou au bénéfice d'un Prêteur situé en France métropolitaine .
- Avoir sa résidence principale située en France métropolitaine y compris la Corse, à la date d'adhésion au Contrat CELA EXCLUT LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'OUTRE-MER, LA NOUVELLE CALÉDONIE, LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET TOUS LES AUTRES TERRITOIRES D'OUTRE-MER FRANÇAIS
- A la date d'acceptation du Contrat, être âgé de plus de 18 ans et de moins de 60 ans ou de 80 ans en fonction des garanties décrites au chapitre « Risques couverts » ;
- Souscrire un prêt ou un Contrat de crédit-bail soumis au droit français, rédigé en français auprès d'un Prêteur situé en France métropolitaine libellé en euros, avec une période de différé de 36 mois maximum ;
- Avoir un engagement de Caution soumis au droit français ;
- Rechercher une assurance pour un montant minimum de 22 000 € (vingt-deux mille euros) et un montant maximum de 2 000 000 € (deux millions d'euros) ; ce maximum doit être comptabilisé en tenant compte de tous les produits d'assurance-vie sur la personne de l'Adhérent via l'Assureur et l'entreprise Digital Insure (831 382 601 R.C.S. Paris).

L'Assureur se réserve le droit :

- de demander des informations financières et/ou médicales complémentaires ; si ces informations sont de nature médicale, elles doivent être envoyées de façon confidentielle à l'expert médical selon le processus communiqué par l'Assureur ;
- de demander une copie du contrat de prêt, du Contrat de crédit-bail ou de l'engagement de Caution en lien avec le Contrat ;
- de proposer, dans une proposition d'accord après examen d'une demande d'adhésion, une majoration de la cotisation et/ou une limitation de garantie par rapport aux conditions d'assurance habituellement proposées. L'Adhérent et si c'est une personne différente, l'Assuré dispose de 120 jours à réception de cette proposition pour accepter les nouvelles conditions d'assurance par écrit ; à défaut d'accord du membre candidat à l'assurance dans ce délai sur ces nouvelles conditions, le Contrat ne sera pas conclu ;
- de notifier un refus de couverture ou un ajournement.

**Si l'Adhérent ne donne pas suite à la demande d'adhésion ou s'il refuse les conditions proposées par l'Assureur alors qu'elles sont sans surprime ou exclusion, les honoraires relatifs aux examens médicaux restent à sa seule charge.**

## **DECISION DE L'ASSUREUR ET DU CANDIDAT A L'ASSURANCE**

Au terme de l'éventuel examen du dossier médical du Candidat à l'assurance, l'Assureur peut :

- accepter sa demande adhésion sans réserve pour toutes les garanties sollicitées. Un certificat d'assurance de prêt lui sera alors adressé via son espace client personnel.
- accepter sa demande d'adhésion avec réserve(s) et lui soumettre une proposition d'accord avec majoration de cotisation et/ou restriction de certaines garanties et/ou pathologies pour des garanties précises. Le Candidat à l'assurance dispose alors d'un délai de quatre (4) mois à compter du jour où il reçoit la décision de l'Assureur pour accepter par écrit ou par signature électronique les nouvelles conditions d'assurance en retournant le « Bon pour accord » au Gestionnaire. S'il refuse cette proposition ou n'adresse pas le « Bon pour accord » au Gestionnaire dans le délai de 4 mois, la proposition de l'Assureur sera caduque.
- ajourner sa décision. Dans ce cas, le Candidat à l'assurance n'est pas assuré mais il pourra présenter une nouvelle demande d'adhésion à la fin du délai d'ajournement qui lui sera indiqué.
- refuser sa demande adhésion. Cette décision déclenche automatiquement dans le cadre de la convention AERAS (« s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »), une étude de 2nd niveau de son dossier. En cas de refus d'assurance au 2nd niveau, son dossier sera transmis par l'Assureur au pool de réassurance du 3ème niveau du dispositif de la convention AERAS dans le respect des conditions de présentation en vigueur au moment de la demande d'adhésion et des règles de confidentialité.
- La durée de validité de la décision rendue par l'Assureur est de 4 mois à compter de sa date de communication au Candidat à l'assurance. L'acceptation de l'offre préalable de prêt par l'emprunteur doit intervenir durant cette période ; à défaut, le renouvellement des formalités d'adhésion est nécessaire.

Il est rappelé que chaque décision d'admission dans l'assurance est prononcée pour une opération d'emprunt déterminé et aux conditions initiales de cette opération. Toute autre opération d'emprunt fera l'objet d'une nouvelle procédure de demande d'adhésion à l'assurance.

## **4 QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?**

EN CAS DE FRAUDE, TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DECLARATION SUR LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSEQUENCES D'UN SINISTRE, L'ASSURE SERA DECHU DU DROIT AUX GARANTIES.

Pour l'ensemble des garanties, les prestations correspondent au dernier certificat d'assurance de prêt qui porte sur le dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance et expressément accepté par l'Assureur multiplié par la Quotité assurée. **L'ASSUREUR NE PREND PAS EN CHARGE LES SOMMES DUES AU PRETEUR, EN DEHORS DE L'EXECUTION NORMALE DU PRET (ECHEANCES EN RETARD, INTERETS ET PENALITES DE RETARD AINSI QUE LES AUTRES FRAIS).**

**TOUT RETARD DE REMBOURSEMENT DU PRÊT N'EST PAS COUVERT.**

### **4.1 GARANTIES OBLIGATOIRES**

Tout Adhérent bénéficie automatiquement des garanties suivantes :

#### **4.1.1 Garantie décès**

Pour être éligible à la garantie décès, le candidat doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 80 ans à la date d'adhésion.

L'Assuré est couvert au titre de la garantie décès pour la durée du prêt, du Crédit-bail ou de l'engagement de Caution et ce jusqu'à son 90ème anniversaire.

Si l'Assuré décède suite à un Accident ou à une Maladie couvert par le Contrat, l'Assureur prend en charge le Capital restant dû à la date du décès. Il paye au Bénéficiaire le montant indiqué sur le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la Quotité assurée.

Pour les Contrats de crédit-bail, l'Assureur versera la Valeur de crédit-bail, multipliée par la Quotité assurée.

Le paiement par l'Assureur des sommes dues au titre de la garantie décès au Prêteur met fin à l'assurance.

En cas de montants exigibles excédant le capital restant dû ou, pour un crédit-bail, la Valeur Crédit-bail, effectivement pris en charge par l'Assureur, l'adhérent à la possibilité de désigner d'autres bénéficiaires pour percevoir cet excédent éventuel.

A défaut de désignation, l'excédent est versé aux héritiers de l'Adhérent- personne physique (étant précisé qu'aux fins de la présente notice, les "héritiers" sont des héritiers tels que définis au titre 1er du livre III du code civil).

Lorsque l'Adhérent est une personne morale, le bénéficiaire de l'excédent éventuel est dans tous les cas la personne morale.

En cas de décès simultané des assurés, quand il y a pluralité d'assurés, si aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, le bénéficiaire de l'assurance est l'organisme prêteur. A défaut, l'excédent est versé aux héritiers.

**Garantie décès temporaire accident** : La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et se termine au plus tard à la date de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend fin automatiquement si l'Adhérent, ou l'Assuré si c'est une personne différente, ne donne pas suite à son adhésion. La garantie décès temporaire accident couvre le montant prévu pour la garantie décès dans la limite de 300 000 € (trois cent mille euros). En cas de Sinistre, après la signature du contrat de prêt, de crédit-bail ou de l'engagement de caution et avant la mise à disposition des fonds, la garantie produit tous ses effets si le projet se poursuit.

En cas de survenance du risque décès, le paiement par l'Assureur des sommes dues au Prêteur met fin à l'assurance.

## 4.1.2 Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

### (a) Qui est couvert ?

Cette garantie est indissociable de la garantie Décès. Elle ne peut être souscrite qu'avec cette dernière.

Pour être éligible à la garantie PTIA, le candidat doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à l'adhésion.

### (b) Quel risque est couvert ?

La reconnaissance de la PTIA par l'Assureur intervient si, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie constatée médicalement, et garanti par le Contrat, l'Assuré est :

- Définitivement dans l'incapacité totale de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer un revenu, un gain ou un profit,
- Obligé de recourir à l'Assistance d'une tierce personne pour accomplir les Actes ordinaires de la vie courante (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer). Cette assistance devant avoir lieu jusqu'à la fin de sa vie.

La PTIA doit être reconnue par l'Assureur avant la date de cessation du Contrat.

Le risque couvert est la PTIA pour la durée mentionnée dans le certificat d'assurance, étant précisé qu'en tout état de cause la prestation au titre du risque de PTIA cesse au jour du 65ème anniversaire de l'Adhérent

L'Assureur peut demander un examen médical et n'est pas lié par la décision prise par le régime de sécurité sociale de l'Assuré.

### (c) Prise en charge de l'Assureur ?

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, reconnue par l'Assureur, suite à une Maladie constatée médicalement ou un Accident garantis par le Contrat, l'Assureur paye le Capital restant dû, indiqué dans le dernier tableau d'amortissement ou échéancier porté à sa connaissance, multiplié par la Quotité assurée. Le montant du Capital restant dû ou de la Valeur de crédit-bail est celui existant au jour de la décision de reconnaissance de la PTIA prise par l'Assureur.

Concernant les contrats de crédit-bail, l'Assureur prend en charge, en fonction de la Quotité assurée, la Valeur de crédit-bail, à la date à laquelle l'Assuré est reconnu en PTIA par l'Assureur et ce, en fonction du dernier tableau d'amortissement porté à la connaissance de l'Assureur.

Le Bénéficiaire du paiement est le Prêteur pour le montant du Capital restant dû ou de la Valeur de crédit-bail, pour un Contrat de crédit-bail, sauf à ce que le Prêteur en ait consenti autrement, par écrit à la demande de l'Assuré. Le versement des prestations au titre d'une garantie de PTIA met fin à l'ensemble des garanties.

## 4.2 GARANTIES FACULTATIVES

Les garanties ITT, IPT et IPP sont facultatives. Si elles sont choisies, elles sont indissociables des garanties décès/PTIA.

L'Assuré doit exercer une activité professionnelle rémunérée au moment de l'adhésion aux garanties ITT, IPT et IPP.

L'Adhérent doit être affilié à un régime de la sécurité sociale française, lors de l'adhésion et pendant toute la durée du Contrat des effets des garanties. Dans le cas contraire, l'Assureur étudiera les dossiers au cas par cas.

**Les prestations d'ITT, d'IPT et d'IPP sont interrompues pendant le congé maternité légal fixé par la Sécurité sociale, que l'Adhérent soit affilié à la Sécurité sociale ou non.**

### 4.2.1 Garantie Incapacité temporaire totale (ITT)

#### (a) Comment souscrire à cette garantie ?

Cette garantie est facultative et doit être souscrite en complément de la garantie obligatoire décès/PTIA et de la garantie IPT.

Elle doit être souscrite uniquement lors de l'adhésion au Contrat.

#### (b) Qui est couvert ?

Pour être éligible à la garantie ITT, l'Assuré doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à l'adhésion au Contrat. L'Assuré doit exercer une activité professionnelle lui générant un revenu, gain ou un profit au moment de l'adhésion à la garantie d'ITT.

Dans tous les cas, cette prestation s'arrête au plus tard au jour 65ème anniversaire de l'Adhérent (inclus).

#### (c) Quel risque est couvert ?

L'Assuré est reconnu en ITT par l'Assureur lorsqu'à la suite d'une Maladie ou un Accident couvert(e) par le Contrat et survenant avant la date de cessation de la garantie :

- **l'Assuré, qui exerce une activité professionnelle ou est en Recherche d'emploi au jour du sinistre**, se trouve temporairement dans l'impossibilité totale et continue d'exercer, même à temps partiel, son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction, susceptible de lui procurer un revenu, un gain ou un profit ou de rechercher un emploi, ou
- **l'Assuré qui n'a plus d'activité professionnelle à la date du Sinistre**, est dans l'obligation temporaire, sur décision médicale, de prendre un repos complet et continu à son domicile ou dans un hôpital ou un centre de rééducation, obligeant ainsi l'Adhérent à suspendre toutes ses occupations habituelles (par exemple les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage, la gestion de ses affaires personnelles et familiales).

L'incapacité doit être temporaire, totale et continue et reconnue par un expert médical indépendant désigné par l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de demander un examen médical et n'est pas lié par la décision prise par le régime de sécurité sociale de l'Adhérent.

L'Adhérent doit respecter les prescriptions médicales de son médecin pour continuer à percevoir les prestations d'assurance.

#### **(d) Quelle Franchise ?**

La prise en charge de ou des échéances/ loyers débute après la période de Franchise dont la durée doit être choisie lors de l'adhésion ou du renouvellement des formalités d'adhésion (sous-réserve de l'accord de l'Assureur) : 30, 60, 90, 120 ou 180 jours.

#### **(e) Qu'est-ce qui est payé par l'Assureur ?**

Dès lors que l'ITT est reconnue par l'Assureur et sous réserve de la période de Franchise, l'Assureur versera, au titre de l'ITT :

- le montant de chaque remboursement de prêt/loyer payable et calculé à partir du tableau d'amortissement ou de l'échéancier du contrat de prêt ou du Contrat de crédit-bail fourni par l'Adhérent avec le bulletin d'adhésion et dans le dernier tableau d'amortissement communiqué à l'Assureur, selon la périodicité des échéances du prêt/loyer postérieures à la fin de la période de Franchise,
- multiplié par la Quotité assurée définie pour les garanties facultatives, et
- au prorata du nombre de jours de congé maladie ou de repos complet sur décision médicale
- jusqu'à un maximum de :
  - 100 % de chaque remboursement de prêt / loyer pour un Adhérent avec une activité professionnelle ou en Recherche d'emploi à la date du Sinistre, dans la limite de 7 500 € par mois ; et
  - 100 % de chaque remboursement de prêt / loyer pour un Adhérent sans activité professionnelle à la date du Sinistre, dans la limite de 3.000 € par mois ;
- et pour une période maximum de 1 095 jours.

SEULS LES INTERETS SONT PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR AU TITRE DES PRETS IN FINE ET DES PRETS RELAIS. LE REMBOURSEMENT DU CAPITAL N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.

LA VALEUR RÉSIDUELLE STIPULÉE DANS LE CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL N'EST PAS COUVERTE SI L'ITT SUBSISTE LE DERNIER JOUR DU CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL. TOUTE AUGMENTATION DES MENSUALITES DU PRET OU DES LOYERS DU CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL PENDANT UNE PERIODE D'ITT NE SERA PAS COUVERTE PAR L'ASSUREUR.

Le Bénéficiaire du paiement est le Prêteur pour le montant du Capital restant dû ou de la Valeur de crédit-bail, pour un Contrat de crédit-bail, sauf à ce que le Prêteur en ait consenti autrement, par écrit à la demande de l'Assuré.

En cas de pluralité d'assurés sur un même prêt, le total des sommes payées par l'Assureur est limité à 100 % des échéances/loyers assurés exigibles.

#### **(f) Que se passe-t-il en cas de rechute ?**

En cas de rechute avec une nouvelle ITT dans les 60 jours suivant la reprise d'activité professionnelle par l'Assuré ou la fin de sa recherche d'emploi avec le commencement d'un nouvel emploi, pour le même motif que l'ITT précédente couverte par l'Assureur, cette nouvelle ITT est considérée comme la suite de la précédente. Elle est alors couverte dans les mêmes conditions et sans période de Franchise à condition que la garantie ITT soit toujours en vigueur.

Si une nouvelle ITT est déclarée dans un délai supérieur à 60 jours suivant la reprise de son activité professionnelle ou la fin de sa recherche d'emploi avec le commencement d'un nouvel emploi, il s'agit dans tous les cas d'une nouvelle ITT, à laquelle il faut appliquer le délai de franchise choisi.

#### **(g) Que se passe-t-il en cas de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel ?**

En cas de reprise d'une activité professionnelle à temps partiel (désignée comme un temps partiel thérapeutique) autorisée par un expert médical et l'employeur (ou assimilé), l'Assureur versera un minimum de 50 % des montants dus au titre de l'ITT. Le versement est effectué pour un maximum de 180 jours.

#### **(h) Quand les paiements effectués par l'Assureur prennent-ils fin ?**

- A la date de cessation de la garantie
- En cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel (sauf dans le cas du mi-temps thérapeutique tel que décrit dans le paragraphe précédent) ;
- L'Assureur acquitte sa Prestation au titre de la garantie décès ou de la garantie de Perte totale et irréversible d'autonomie
- L'Assureur acquitte sa Prestation au titre de la garantie Invalidité permanente partielle ou de la garantie Invalidité permanente totale
- Lorsqu'un examen médical demandé par l'Assureur détermine que l'Adhérent n'est pas dans l'incapacité physique totale et continue d'exercer son activité professionnelle, même de surveillance ou de direction ou de commencer un nouveau travail s'il est en Recherche d'emploi ;
- Lorsqu'une expertise médicale demandée par l'Assureur détermine que l'Adhérent qui n'exerçait pas d'activité professionnelle à la date du Sinistre ne prend pas de repos complet et continu à son domicile ou dans un hôpital ou un centre de rééducation, obligeant ainsi l'Adhérent à interrompre ses occupations habituelles (par ex. les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage et la gestion de ses affaires personnelles et familiales) ;
- A la date de Consolidation de l'état de santé de l'Assuré ;
- Au plus tard au 1 095<sup>ème</sup> jour de prise en charge par l'Assureur. Une étude de prise en charge pour Invalidité permanente totale(IPT) est ensuite réalisée, et le cas échéant une étude de garantie Invalidité Permanente Partielle (IPP) si cette garantie a été souscrite ;
- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raison médicale). En cas de mise en retraite anticipée pour raison médicale, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- Le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent ;

- La fin de la période de validité des garanties telles que détaillées dans l'article ci-dessous ;
- La résiliation de l'adhésion conformément au chapitre 9 ci-dessous.

**(i) Quels changements doivent-être notifiés à l'Assureur pendant la période de garantie ?**

L'Adhérent n'est pas tenu d'informer l'Assureur en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation de son activité professionnelle.

#### 4.2.2 Garantie Invalidité permanente totale (IPT)

**(a) Comment souscrire à cette garantie ?**

Cette garantie est facultative et peut être souscrite en complément de la garantie décès/PTIA obligatoire.

Elle peut être souscrite uniquement lors de l'adhésion au Contrat.

L'Adhérent peut y renoncer à tout moment.

**(b) Qui est couvert ?**

Pour être éligible à la garantie IPT, le candidat doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à la date d'adhésion au Contrat et doit exercer une activité professionnelle lui générant un revenu, gain ou un profit lors de l'adhésion à la garantie IPT. Le candidat doit être accepté par l'Assureur.

Dans tous les cas, cette prestation s'arrête au plus tard au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent (inclus).

**(c) Quel risque est couvert ?**

Le risque couvert est l'Invalidité permanente totale (IPT)

L'Assuré est reconnu en état d'invalidité permanente totale si suite à une Maladie ou un Accident couvert(s) par le Contrat, et après consolidation de l'état médical de l'Assuré, son taux d'invalidité établi par un expert médical indépendant désigné par l'Assureur est supérieur ou égal à 66 % et qu'il est dans l'impossibilité permanente d'exercer son activité professionnelle, et ce jusqu'à la fin de sa vie (voir le « Tableau d'invalidité » ci-dessous).

L'Assureur se réserve le droit de demander une expertise médicale et n'est pas lié par la décision prise par le régime de sécurité sociale de l'Assuré.

Le taux d'invalidité est défini en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le « Tableau d'invalidité » ci-dessous). Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi à partir du barème de droit commun du Concours médical en vigueur à la date du Sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est évalué en fonction de l'activité professionnelle exercée à la date du Sinistre en tenant compte de la façon dont elle était exercée avant la Maladie ou l'Accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Si l'Assuré n'a plus d'activité professionnelle à la date du Sinistre et si l'Assuré ne peut exercer une activité professionnelle, seul le taux d'incapacité fonctionnelle sera pris en compte lors de l'examen médical,

Le Sinistre à l'origine de l'IPT et les conditions caractérisant l'IPT doivent être établies avant la fin de la période de couverture du Contrat. Les justificatifs à communiquer à l'Assureur afin de lui permettre de prendre sa décision pourront encore lui être communiqués après la cessation de la période de couverture du Contrat.

**(d) Qu'est-ce qui est payé par l'Assureur ?**

Si l'Assuré est reconnu en état d'IPT par l'Assureur, l'Assureur effectue le paiement des mensualités du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail payables dans les conditions et aux mêmes dates que celles précisées sur le dernier échéancier ou tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré à l'Assureur et en fonction de la Quotité assurée pour les garanties facultatives.

**(e) Comment le montant des échéances payées par l'Assureur est-il calculé ?**

Le montant des échéances du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail payés par l'Assureur est calculé en fonction de la Quotité assurée retenue pour les garanties facultatives au *pro rata* du nombre de jours d'invalidité jusqu'à un maximum de 100 % du montant des échéances/loyers payables, dans la limite d'une garantie mensuelle de 7 500 € (soit 90 000 € par an). Si les échéances du prêt assuré ou les loyers du Contrat de crédit-bail assurés sont supérieurs à 7 500 € par mois, la somme couverte par l'assureur sera en tout état de cause limitée à la somme maximale de 7 500 € (soit 90 000 € par an).

SEULS LES INTERETS SONT PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR AU TITRE DES PRETS IN FINE ET DES PRETS RELAIS. LE REMBOURSEMENT DU CAPITAL N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.

TOUTE AUGMENTATION DES ECHEANCES DU PRET OU DES LOYERS DU CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL PENDANT UNE PERIODE D'IPT NE SERA PAS COUVERTE PAR L'ASSUREUR.

L'indemnisation au titre de la garantie IPT ne peut être réclamée qu'une fois. Après réclamation au titre de cette garantie facultative, toutes les garanties facultatives prennent fin; seules subsistent les garanties obligatoires décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

**(f) Quand les paiements effectués par l'Assureur prennent-ils fin ?**

- A la date de cessation de la garantie
- Lorsqu'une déclaration de Sinistre valide est effectuée au titre de la garantie décès ou de la garantie de Perte totale et irréversible d'autonomie ;
- Le jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent ;
- L'Assureur acquitte sa Prestation au titre de la garantie décès ou de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ;
- A la fin de la période de validité des garanties telle que détaillée au chapitre 9 ci-dessous ;
- En cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré, si son taux d'invalidité devient inférieur à 66% ;

- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raison médicale). En cas de mise en retraite anticipée pour raison médicale, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- A la résiliation de l'adhésion conformément au chapitre 18 ci-dessous.

**(g) Quels changements doivent-êtré notifiés à l'Assureur pendant la période de garantie ?**

L'Adhérent n'est pas tenu d'informer l'Assureur en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation de son activité professionnelle.

**4.2.3 Garantie Invalidité permanente partielle (IPP)**

**(a) Comment souscrire à cette garantie ?**

Cette garantie est facultative et peut uniquement être souscrite en complément de la garantie d'ITT et/ou de la garantie d'IPT.

Elle peut être souscrite uniquement lors de l'adhésion au Contrat et à condition que l'Adhérent ait une activité professionnelle lui procurant un revenu, gain ou un profit au moment de cette adhésion.

L'Adhérent peut y renoncer à tout moment.

**(b) Qui est couvert ?**

Pour être éligible à la garantie IPP, l'Adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à la date d'adhésion au Contrat et doit exercer une activité professionnelle lui générant un revenu, gain ou un profit lors de l'adhésion à la garantie d'IPP.

Dans tous les cas, cette prestation s'arrête au plus tard au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent (inclus).

**(c) Quel risque est couvert ?**

L'Assuré est reconnu comme étant en état d'Invalidité permanente partielle par l'Assureur si, suite à une Maladie ou un Accident couvert(s) par le Contrat, et après Consolidation de l'état médical de l'Assuré, son taux d'invalidité établi par un expert médical indépendant désigné par l'Assureur est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %.

L'Assureur se réserve le droit de demander une expertise médicale et n'est pas lié par la décision prise par le régime de sécurité sociale de l'Adhérent.

Le taux d'invalidité est défini en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle (selon le « Tableau d'invalidité » ci-dessous).

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi à partir du barème de droit commun du Concours médical en vigueur à la date du Sinistre.

Le taux d'incapacité professionnelle est évalué en fonction de l'activité professionnelle exercée à la date du Sinistre en tenant compte de la façon dont elle était exercée avant la Maladie ou l'Accident et des possibilités d'exercice restantes de sa profession.

Le Taux d'invalidité peut être révisé en fonction de l'évolution du taux d'incapacité fonctionnel et du taux d'incapacité professionnelle de l'Adhérent. Le paiement varie donc en fonction de la formule « Calcul du paiement versé par l'Assureur » ci-dessous.

Si l'Adhérent n'a plus d'activité professionnelle à la date du Sinistre et si l'Adhérent ne peut exercer une activité professionnelle, seulement le taux d'incapacité fonctionnelle sera pris en compte lors de l'examen médical,

Le Sinistre à l'origine de l'IPP et les conditions caractérisant l'IPP doivent être établies avant la fin de la période de couverture du Contrat. Les justificatifs à communiquer à l'Assureur afin de lui permettre de prendre sa décision pourront encore lui être communiqués après la cessation de la période de couverture du Contrat.

TABLEAU D'INVALIDITE EN BLEU : LES TAUX D'IPT - EN NOIR LES TAUX D'IPP										
Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %						33 %	36,6 %	40 %	43,3 %	46,4 %
20 %					36,8 %	41,6 %	46,1 %	50,4 %	54,5 %	58,5 %
30 %				36,3 %	42,2 %	47,6 %	52,8 %	57,7 %	62,4 %	66,9 %
40 %			33 %	40 %	46,4 %	52,4 %	58,1 %	63,5 %	68,7 %	73,7 %
50 %			35,6 %	43,1 %	50 %	56,5 %	62,6 %	68,4 %	74 %	79,4 %
60 %			37,8 %	45,8 %	53,1 %	60 %	66,5 %	72,7 %	78,6 %	84,3 %
70 %			39,8 %	48,2 %	55,9 %	63,2 %	70 %	76,5 %	82,8 %	88,8 %
80 %			41,6 %	50,4 %	58,5 %	66 %	73,2 %	80 %	86,5 %	92,8 %
90 %		33 %	43,3 %	52,4 %	60,8 %	68,7 %	76,1 %	83,2 %	90 %	96,5 %
100 %		34 %	44,8 %	54,3 %	63 %	71,1 %	78,8 %	86,2 %	93,2 %	100 %

*Par exemple : j'ai un taux d'incapacité fonctionnelle de 80 % et un taux d'incapacité professionnelle de 30 %.*

*Par conséquent, selon le tableau ci-dessus, mon taux d'invalidité permanente partielle est de 57,7 %.*

**(d) Qu'est-ce qui est payé par l'Assureur ?**

Si l'Assuré est reconnu en état d'IPP par l'Assureur, l'Assureur effectue le paiement partiel des échéances du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail payables dans les conditions et aux mêmes dates que celles précisées sur le dernier échéancier ou tableau d'amortissement communiqué par l'Assuré et en fonction de la Quotité assurée pour les garanties facultatives et du taux d'invalidité

Versement des Prestations :

Le montant des échéances du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail payés par l'Assureur est calculé en fonction du niveau de l'IPP, de la Quotité assurée au titre des garanties facultatives, *pro rata* du nombre de jours d'invalidité, jusqu'à un maximum de 100 % du montant des

échéances /loyers payables, dans la limite d'une garantie mensuelle de 7 500 € (soit 90 000 € par an). Ainsi, même si les échéances du prêt à rembourser ou les loyers du Contrat de crédit-bail à payer sont supérieurs à 7 500 € par mois, la somme couverte par l'assureur sera en tout état de cause limitée à la somme maximale de 7 500 € (soit 90 000 € par an).

**(e) Calcul des prestations versées par l'Assureur**

« T » correspond au niveau de l'IPP, entre 33 % et 66 %, résultant du tableau croisé d'invalidité

**[(T-33%)/33%] x montant des échéances de prêt ou du loyer x quotités assurée définie au titre des garanties facultatives,**

Dans tous les cas, le montant des prestations d'assurance versées par l'Assureur pour le même prêt ne peut pas dépasser 100 % des échéances fixées au tableau d'amortissement du prêt.

SEULS LES INTERETS SONT PRIS EN CHARGE PAR L'ASSUREUR AU TITRE DES PRETS IN FINE ET DES PRETS RELAIS. LE REMBOURSEMENT DU CAPITAL N'EST PAS COUVERT PAR LE CONTRAT.

LA VALEUR RÉSIDUELLE STIPULÉE DANS LE CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL N'EST PAS COUVERTE SI L'IPP SUBSISTE LE DERNIER JOUR DU CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL.

TOUTE AUGMENTATION DES MENSUALITES DU PRET OU DES LOYERS DU CONTRAT DE CRÉDIT-BAIL PENDANT UNE PERIODE D'IPP NE SERA PAS COUVERTE PAR L'ASSUREUR.

Par défaut, le Prêteur est le Bénéficiaire.

L'indemnisation au titre de la garantie IPP ne peut être réclamée qu'une fois. Après réclamation au titre de cette garantie facultative, toutes les garanties facultatives prennent fin; seules subsistent les garanties obligatoires décès et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

**(f) Quand les paiements effectués par l'Assureur prennent-ils fin ?**

- A la date de cessation de la garantie ;
- En cas de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel ;
- En cas d'indemnisation au titre des garantie Décès, PTIA ou IPT (taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 %) ;
- En cas de l'évolution favorable de l'état de santé de l'Adhérent et si son taux d'invalidité devient inférieur à 33 % ;
- Au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'Adhérent ;
- L'Assureur acquitte sa Prestation au titre de la garantie Décès et de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ;
- A la fin de la période de validité des garanties telle que détaillée à l'article ci-dessous ;
- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raison médicale). En cas de mise en retraite anticipée pour raison médicale, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance ;
- Lors de la résiliation de l'adhésion conformément au chapitre 18 ci-dessous.

**(g) Quels changements doivent-être notifiés à l'Assureur pendant la période de garantie?**

L'Adhérent n'est pas tenu d'informer l'Assureur en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation de son activité professionnelle.

### 4.3 OPTIONS D'EXTENSION DE GARANTIE : OPTIONS ZEN et ZEN +

**(a) Comment souscrire à ces options d'extension de garantie ?**

Ces options d'extension de garantie sont facultatives et peuvent uniquement être souscrites au moment de l'adhésion en complément de la souscription conjointe à la garantie d'ITT et à la garantie d'IPT.

La prestation d'assurance au titre de ces options est soumise à une période de Franchise de 90 jours et est limitée à la prise en charge des échéances ou des loyers dans la limite de de 5 000 € par mois (soit 60 000 € par an).

L'Assuré peut renoncer à ces options d'extension de garantie à tout moment.

**(b) Qui est couvert ?**

Pour être éligible à la garantie ZEN/ZEN+, le candidat doit être âgé d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à la date d'adhésion et doit exercer une activité professionnelle lui générant un revenu, gain ou un profit lors de l'adhésion à la garantie.

Dans tous les cas, cette prestation s'arrête au plus tard au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent (inclus).

**(c) Quel risque est couvert ?**

L'invalidité ou l'incapacité de l'Assuré sont couvertes en cas de Sinistre résultant de deux types de troubles :

1. les Troubles lombo-sciatiques (voir les "définitions"), ou
2. les Troubles psychiatriques (voir les "définitions")

La garantie au titre de l'option Zen s'applique :

- sans condition d'hospitalisation pour les Troubles lombo-sciatiques
- et avec une condition de durée d'hospitalisation minimum de six jours pour les Troubles psychiatriques.

La garantie au titre de l'option ZEN+ s'applique sans condition d'hospitalisation pour les Troubles lombo-sciatiques ou pour les Troubles psychiatriques.

**(d) Qu'est-ce qui est payé par l'Assureur ?**

Versement des prestations sous forme de prise en charge des échéances du prêt ou des loyers mensuels du Contrat de crédit-bail : le montant des échéances du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail payés par l'Assureur est calculé en fonction de la Quotité assurée retenue pour les garanties facultatives au *pro rata* du nombre de jours d'incapacité ou d'invalidité jusqu'à un maximum de 100 % du montant des échéances/loyers payables, dans la limite d'une garantie mensuelle de 5 000 € (soit 60 000 € par an). Ainsi, même si les échéances du prêt à rembourser ou les loyers du Contrat de crédit-bail à payer sont supérieurs à 5 000 € par mois, la somme couverte par l'assureur sera en tout état de cause limitée à la somme maximale de 5 000 € (soit 60 000 € par an).

**(e) Quand les paiements effectués par l'Assureur prennent-ils fin ?**

- A la date de la cessation de la garantie ;
- Lorsqu'une déclaration de sinistre valide est effectuée au titre de la garantie décès ou de la garantie de perte totale et irréversible d'autonomie ;
- Lors de la reprise du travail (sauf pour le travail à temps partiel thérapeutique tel que décrit dans le paragraphe ci-dessus) ;
- Lorsqu'un examen médical demandé par l'Assureur établit que l'Adhérent n'est pas dans l'incapacité physique totale et continue d'exercer son activité professionnelle rémunératrice, même avec une supervision ou une gestion spécifique, ou une autre activité professionnelle rémunératrice ;
- Lorsqu'un examen médical demandé par l'Assureur établit que l'Adhérent qui n'exerçait pas d'activité professionnelle à la date du Sinistre ne prend pas un repos complet et continu à son domicile ou dans un hôpital ou un centre de rééducation l'obligeant ainsi à interrompre ses occupations habituelles (par ex. les travaux ménagers, le bricolage, le jardinage et la gestion de ses affaires personnelles et familiales) ;
- A la date de Consolidation de l'état de santé de l'Adhérent ;
- Le 1 095<sup>ème</sup> jour de paiement par l'Assureur au plus tard après la déclaration de l'Adhérent d'un sinistre valide d'ITT. Une étude de prestation d'Invalidité permanente totale (IPT) ou d'Invalidité permanente partielle (IPP) est ensuite réalisée si une garantie d'IPT ou d'IPP a été souscrite ;
- A la date à laquelle l'Assuré fait valoir ses droits à une pension vieillesse (sauf pour raison médicale). En cas de mise en retraite anticipée pour raison médicale, les prestations cesseront d'être versées dès que l'Assuré atteint l'âge légal de départ à la retraite déterminé en fonction de sa date de naissance
- Le jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Adhérent ;
- A la fin de la période de validité des garanties telle que détaillée au chapitre ci-dessous ;
- Lors de la résiliation de l'adhésion conformément au chapitre 18 ci-dessous.

**(f) Quels changements doivent-être notifiés à l'Assureur pendant la période de garantie ?**

L'Adhérent n'est pas tenu d'informer l'Assureur en cas de changement d'activité professionnelle ou de cessation de son activité professionnelle.

## 4.4 LA GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIFIQUE (IS) AERAS

**(a) Comment souscrire à cette garantie ?**

Cette garantie est réservée aux prêts immobiliers et professionnels.

Si les garanties ITT, IPT, IPP sont refusées pour raisons médicales, ou si elles sont accordées mais avec des réserves portant sur certaines pathologies, l'Assureur peut soumettre dans la proposition d'accord la garantie Invalidité Spécifique AERAS.

L'Assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) en vigueur à la date de l'adhésion. Ces dispositions sont consultables sur le site [www.aeras-infos.fr](http://www.aeras-infos.fr).

Cette invalidité est conforme aux dispositions de la convention AERAS révisée.

Si l'Assuré estime que les dispositions de la convention AERAS n'ont pas été correctement appliquées, il peut saisir la commission de médiation : Commission de médiation de la convention AERAS – TSA 50110 – 75441 Paris cedex 09.

Le contrat de prêt immobilier ou de prêt professionnel éligible doit présenter les caractéristiques suivantes :

- la durée maximale de l'opération de financement éligible à l'assurance est fixée à une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de contrat de prêt n'excède pas 70 ANS (avant le 71<sup>ème</sup> anniversaire), période de différé comprise,
- le montant maximum de financement cumulé est fixé à 320.000 euros (hors prêt relais pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition de la résidence principale),
- le montant maximum des prestations pouvant être réglées sur une même tête au titre d'une ou plusieurs opérations simultanées ou successives accordées par le Prêteur est fixé à 320 000 euros (hors prêt relais pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition de la résidence principale).

**(b) Qui est couvert ?**

L'Assuré est en état d'IS AERAS lorsque les cinq conditions suivantes sont remplies cumulativement :

- son invalidité doit être consécutive à une Maladie ou à un Accident qui a entraîné l'interruption totale de toute activité professionnelle,
- cet état d'invalidité est définitif et consolidé ; la consolidation médico-légale de cet état reconnue par l'Assureur correspond au moment où les lésions résultant d'un accident ou d'une maladie se sont stabilisées et ont pris un caractère permanent tel qu'aucune amélioration n'est envisageable, de telle sorte qu'aucun nouveau traitement n'est plus nécessaire, hormis un traitement d'entretien afin d'éviter une aggravation et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente fonctionnelle et de chiffrer son taux.
- le taux d'incapacité fonctionnelle de l'Assuré est égal ou supérieur à 70% (ce taux d'incapacité sera évalué par référence au barème indicatif d'invalidité du Code des Pensions Civiles et Militaires de Retraite). La détermination du taux d'incapacité s'effectuera en priorité sur analyse du dossier médical de l'Assuré comprenant toutes les pièces demandées au 4 ci-dessous. L'Assureur se réserve le droit de diligenter un contrôle médical pour apprécier ce taux et juger de la réalisation du risque IS AERAS.

- L'Assuré doit justifier d'une incapacité professionnelle, attestée par le bénéficiaire :
  - a. Si l'Assuré est salarié : d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ;
  - b. Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé : d'un congé de longue durée ;
  - c. Si l'Assuré est non salarié : d'une notification d'incapacité totale à l'exercice de sa profession.
- La date de reconnaissance par l'Assureur se situe avant le 65ème anniversaire de l'Assuré

**(c) Qu'est-ce qui est payé par l'Assureur ?**

L'Assureur prend en charge le montant de chaque échéance :

- en fonction des quotités assurées,
- au prorata du nombre de jours d'invalidité dûment justifiés et acceptés par l'Assureur, selon la périodicité de remboursement des échéances du prêt,
- dans la double limite de 100 % du montant des échéances de prêt assuré exigibles pour l'ensemble des Assurés et d'un plafond mensuel de garantie de 7 500 € (ou 90 000 € par an) par Assuré. Si l'échéance du prêt assuré est supérieure à 7 500 € par mois (ou 90 000 € par an), la prestation est calculée sur la base d'un plafond mensuel de 7 500 € (ou 90 000 € par an) par Assuré en fonction du dernier échéancier ou du dernier tableau d'amortissement porté à sa connaissance.

L'Assureur ne prend pas en charge les sommes dues à l'organisme prêteur, en dehors de l'exécution normale du prêt (échéances en retard, intérêts et pénalités de retard ainsi que les autres frais).

**(d) Modification des échéances/loyers en cours d'indemnisation IS AERAS**

Toute modification à la hausse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du crédit-bail pendant une période d'IS AERAS ne peut être prise en compte par l'Assureur.

En cas de modification à la baisse du montant des échéances périodiques du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail, la prise en charge portera sur le montant de la nouvelle échéance/loyer.

La valeur résiduelle prévue au crédit-bail n'est pas couverte si l'état d'IS AERAS persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

**(e) Bénéficiaire des prestations**

L'Organisme prêteur est le bénéficiaire.

**(f) L'ASSUREUR CESSE L'INDEMNISATION :**

- à la date de cessation de la garantie visée au chapitre 9 ;
- lorsqu'après contrôle médical, le taux d'incapacité fonctionnel de l'Assuré est inférieur à 70% ;
- lorsque l'Assuré n'est plus reconnu en état d'IS AERAS tel que défini ci-dessus
- dès que l'Assuré reprend une activité professionnelle même à temps partiel ;
- dès que l'Assuré bénéficie de prestations de retraite ou de préretraite quelle qu'en soit la cause (y compris retraite pour invalidité, incapacité, réforme ou autre) sauf si la mise à la retraite ou préretraite résulte de l'état d'invalidité qui fait l'objet de la prise en charge par le présent contrat.
- dès que l'Assuré n'est plus en mesure de fournir les justificatifs prévus à l'article 14.2.

## 5 TERRITORIALITE

---

La couverture du Contrat est accordée dans le monde entier.

## 6 DECHEANCES, EXCLUSIONS ET ABSENCE D'ALEA

---

### 6.1 DECHEANCES

**L'ASSURÉ PERDRA LE DROIT A LA PRESTATION DU CONTRAT EN CAS DE FRAUDE, DE TENTATIVE DE FRAUDE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE CONCERNANT LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSÉQUENCES D'UN SINISTRE.**

**L'ASSURÉ PERDRA LE DROIT A LA COUVERTURE DU CONTRAT S'IL NE RESPECTE PAS LES DÉLAIS DE DÉPÔT D'UNE RÉCLAMATION SI CE RETARD A CAUSÉ UN PRÉJUDICE À L'ASSUREUR.**

**SI LA DÉCLARATION EST EFFECTUÉE PLUS DE SIX (6) MOIS APRÈS L'ARRÊT DE TRAVAIL, L'ASSUREUR N'EST PAS EN MESURE DE VÉRIFIER L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITE DE L'ASSURÉ ET DANS CE CAS LA RECLAMATION EST CONSIDÉRÉE COMME SURVENANT À LA DATE DE LA DÉCLARATION ET TOUT PAIEMENT SERA EFFECTUÉ, AU PLUS TÔT, À LA DATE DE RÉCEPTION DE LA DÉCLARATION DU SINISTRE.**

### 6.2 EXCLUSIONS DE GARANTIE

#### 6.2.1 LES EVENEMENTS SUIVANTS NE SONT PAS COUVERTS PAR LE CONTRAT :

**a. LES CONSÉQUENCES D'ACTES INTENTIONNELS, DE NÉGLIGENCE OU DE DISSIMULATION POUVANT ENTRAÎNER LE DÉCÈS, L'INVALIDITÉ OU L'INCAPACITÉ DE L'ASSURÉ NOTAMMENT DANS LES CAS SUIVANTS :**

- LE SUICIDE DE L'ASSURÉ AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE SUIVANT LA DATE de prise d'effet des garanties. Toutefois, le suicide est couvert pour les prêts de financement du domicile principal de l'Adhérent jusqu'à un maximum de 120 000 € (article R.132-5 du Code des assurances) ;
- LES TENTATIVES DE SUICIDE, LES MUTILATIONS INTENTIONNELLES OU DES ACTES INTENTIONNELS DE L'ASSURÉ OU D'UN BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE ;
- LA CONDUITE EN ÉTAT D'IVRESSE PAR L'ASSURÉ (ÉTABLIE PAR UN TEST DE TAUX D'ALCOOLÉMIÉ SUPÉRIEUR OU ÉGAL AU NIVEAU MAXIMUM AUTORISÉ PAR LA LÉGISLATION EN VIGUEUR) QUEL QUE SOIT LE MOYEN DE TRANSPORT ;
- L'USAGE DE STUPÉFIANTS, DE DROGUES OU DE DOSES DE MÉDICAMENTS SANS PRESCRIPTION MÉDICALE.

**b. LES CONSÉQUENCES DES ACTIVITÉS OU PRATIQUES SUIVANTES :**

- LA PARTICIPATION A TITRE AMATEUR, AVEC OU SANS ENGIN À MOTEUR, A DES TENTATIVES DE RECORDS, DES EXHIBITIONS, DES ESSAIS PRÉPARATOIRES, DES ESSAIS DE RÉCEPTION, DES PARIS, DES DÉFIS DANS LE CADRE DES ACTIVITÉS DE BASE JUMP, SKY FLYING, WING SUIT OU ROOFTOPPING.
- Sauf à ce que l'Adhérent ait formulé une demande de garantie expresse à ce titre, que celle-ci ait été acceptée par l'Assureur et que ceux-ci se soient accordés sur les conditions de garantie de ce risque spécifique, LES SPORTS SUIVANTS OU ACTIVITÉS SUIVANTES SONT ÉGALEMENT EXCLU(E)S DE LA COUVERTURE DU CONTRAT:
  - LA PRATIQUE DE MANIÈRE RÉGULIÈRE DE SPORTS DANGEREUX, tel que ce terme est défini au chapitre 1. Néanmoins, ces Sports dangereux sont couverts par le Contrat si la participation est exceptionnelle (baptême) et si elle est encadrée par un professionnel agréé. Les sports amateurs pratiqués par l'Adhérent au moment de l'adhésion et qui ne sont pas définis comme des Sports dangereux sont couverts.
  - LA NAVIGATION AÉRIENNE sauf si l'Adhérent (passager ou pilote) se trouvait à bord d'un avion disposant d'un certificat de navigabilité valide et piloté par un pilote en possession d'un certificat l'autorisant à conduire l'avion en cause et titulaire d'une licence de pilotage valide.
  - LE SAUT À L'ÉLASTIQUE (hors baptême encadré par un professionnel agréé), LE SKY SURFING.
  - LA PARTICIPATION EN AMATEUR AVEC OU SANS ENGIN À MOTEUR À DES RAIDS SPORTIFS (COURSES EN EXTÉRIEUR GÉNÉRALEMENT PAR ÉQUIPES ET PENDANT PLUSIEURS JOURS DANS DES ZONES RELATIVEMENT INACCESSIBLES COMBINANT DIFFÉRENTES DISCIPLINES SPORTIVES), OU À DES EXERCICES ACROBATIQUES.

**c. LES CONSÉQUENCES DES ÉVÉNEMENTS ET ACTES SUIVANTS :**

- LES FAITS DE GUERRES CIVILES OU ÉTRANGÈRES, ÉMEUTES, MOUVEMENTS POPULAIRES, INSURRECTIONS, RÉVOLTES, ACTES DE TERRORISME (SI L'ASSURÉ Y A PARTICIPÉ ACTIVEMENT), INFRACTIONS PÉNALES, RIXES (SI L'ASSURÉ Y A PARTICIPÉ ACTIVEMENT). Cette exclusion ne s'applique pas en cas de légitime défense ou en cas d'assistance à une personne en danger ou dans le cadre de l'exercice de la profession déclarée à l'Assureur dans le bulletin d'adhésion et acceptée par ce dernier.
- LES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS D'EXPLOSIONS, DE DEGAGEMENTS DE CHALEUR ET D'IRRADIATIONS LIÉES À LA TRANSMUTATION DES NOYAUX D'ATOMES, PAR FUSION OU FISSION, OU PAR RADIATION IONISANTE OU AUTRE. Cependant, ces effets sont couverts en cas de dysfonctionnement d'instruments médicaux.
- LA CONDAMNATION DU BÉNÉFICIAIRE POUR AVOIR PROVOQUÉ INTENTIONNELLEMENT LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.

**6.2.2 CONCERNANT LES GARANTIES ITT / IPT / IPP / IS AERAS, LES SITUATIONS SUIVANTES NE DONNENT PAS LIEU A PRESTATION PAR LE CONTRAT:**

- LES ARRÊTS DE TRAVAIL NON PRESCRIT MÉDICALEMENT ;
- LES TRAITEMENTS OU INTERVENTIONS CHIRURGICALES A BUT ESTHÉTIQUE N'ÉTANT PAS LA CONSÉQUENCE D'UN ACCIDENT OU D'UNE MALADIE ;
- LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES : SCHIZOPHRÉNIE, TROUBLES PSYCHOTIQUES, TROUBLES D'ANXIÉTÉ, TROUBLES NÉVROTIQUES, TROUBLES DE L'HUMEUR, TROUBLES DÉLIRANTS, TOUS TYPES DE DÉPRESSIONS, TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ ET DU COMPORTEMENT, TROUBLES ALIMENTAIRES, sauf si ces troubles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (période réduite ou supprimée pour les options ZEN et ZEN+) ;
- LES FIBROMYALGIES ET LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE à l'exception des cas dans lesquels ces états donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours.
- LES TROUBLES LOMBO-SCIATIQUES, à l'exception des cas dans lesquels ces troubles donnent lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 9 jours (période réduite ou annulée pour les options ZEN et ZEN+) ou en cas d'interventions chirurgicales ou de fractures ;
- LES ARRÊTS DE TRAVAIL POUR D'AUTRES RAISONS QU'UN ACCIDENT OU UNE MALADIE ;
- LES SÉJOURS DANS DES STATIONS THERMALES, DES MAISONS DE REPOS, EN PLEIN AIR OU DANS DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX POUR DES SOINS ESTHÉTIQUES, UNE CURE DE JOUVENCE, UN TRAITEMENT CLIMATIQUE, UN TRAITEMENT DIÉTÉTIQUE, UNE CURE D'AMAIGRISSEMENT, UNE CONVALESCENCE, UNE RÉÉDUCATION, UNE CURE

DE DÉSINTOXICATION, UNE CURE DE SOMMEIL. La garantie s'applique aux séjours de convalescence ou de rééducation suite à une Maladie ou à un Accident couvert par le Contrat ;

- LES ACCIDENTS OU MALADIES POUR LESQUELS L'ASSURÉ A REFUSÉ DE SUIVRE UN TRAITEMENT MÉDICAL RATIONNEL ET ADAPTÉ.

### 6.2.3 CONCERNANT LES GARANTIES D'ITT/ IPT / IPP, LES CONSÉQUENCES DES TROUBLES OU ÉVÉNEMENTS SUIVANTS NE DONNENT PAS LIEU A PRESTATION PAR LE CONTRAT: ACCIDENTS, MALADIES, INVALIDITÉS CONSTATÉS MÉDICALEMENT AVANT LA DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE, NON DÉCLARÉS LORS DE L'ADHÉSION OU EXCLUS FORMELLEMENT PAR L'ASSUREUR SELON LES CONDITIONS D'ASSURANCE SIGNÉES PAR L'ASSURÉ, SOUS RÉSERVE DE DÉCLARATION DE CET ÉVÉNEMENT ANTÉRIEUR DANS LES FORMULAIRES MÉDICAUX RÉDIGÉS PAR L'ASSUREUR.

CEPENDANT, CETTE EXCLUSION NE S'APPLIQUE PAS SI L'ETAT A ETE DECLARE ET ACCEPTE PAR L'ASSUREUR OU ENTRE DANS LE CADRE DEFINI PAR LE DROIT A L'OUBLI (CONVENTION AERAS).

## 6.3 ABSENCE D'ALEA

L'Assuré respectant les conditions fixées par l'article 10 de la loi Lemoine N° 2022-270 du 28 février 2022 dite "pour un accès plus juste, plus simple et plus transparent au marché de l'assurance emprunteur" bénéficie d'une absence de sélection médicale lors de son adhésion au Contrat. Toutefois, il ne bénéficie pas, dans ce cadre, de couverture au titre de Risques garantis déjà réalisés ou dont il a connaissance du caractère proche et inéluctable de la réalisation au moment de l'adhésion.

Notamment, l'Assuré en état d'ITT, d'IPT, d'IPP ou de PTIA au moment de l'adhésion, ne bénéficie pas de prise en charge au titre de la garantie correspondante.

## 7 DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION

La date de conclusion de l'adhésion correspond à la date d'émission du certificat d'assurance.

L'ADHESION EST CONCLUE POUR LA DUREE DU (DES) PRET(S) MENTIONNES DANS LA DEMANDE D'ADHESION, SOUS RESERVE DES CAS DE CESSATION DES GARANTIES MENTIONNEES A L'ARTICLE 9.

**Cas de l'adhésion électronique :** les parties conviennent qu'en cas d'adhésion électronique, les données conservées par l'Assureur ou tout mandataire de son choix sous forme électronique valent signature par l'Assuré lui-même ; vous sont opposables ; peuvent être admises comme preuves de l'identité de l'Assuré et de son consentement relatif à l'adhésion au contrat d'assurance, au contenu de celui-ci et aux moyens de paiement de la cotisation d'assurance, au contenu de lui-ci et aux moyens de paiement de la cotisations d'assurance dûment acceptés.

**LA DATE ANNIVERSAIRE DU CONTRAT EST LA DATE INTERVENANT A INTERVALLE REGULIER TOUS LES DOUZE (12) MOIS APRES LA DATE D'ADHESION.**

## 8 DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES

**LA DATE DE PRISE D'EFFET DES GARANTIES EST LA DATE INDIQUEE SUR LE CERTIFICAT D'ASSURANCE. CETTE DATE CORRESPOND A LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION, SAUF DANS LE CAS OU L'ADHERENT INDIQUE SUR LA DEMANDE D'ADHESION UNE « DATE D'EFFET SOUHAITEE » POSTERIEURE A LA DATE DE CONCLUSION DE L'ADHESION.**

L'adhésion et les garanties prennent effet sous réserve :

- De l'existence de l'engagement de l'Adhérent vis-à-vis du Prêteur, matérialisé par la signature de l'offre de prêt, de crédit-bail ou de l'acte de cautionnement pour la caution ;
- Du paiement de la cotisation d'assurance ;
- De la validité des formalités d'adhésion selon les conditions définies au chapitre 3.

La date de prise d'effet des garanties ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Dans le cadre de la vente à distance et si le délai de renonciation n'est pas encore expiré, l'Adhérent donne expressément son accord pour une prise d'effet immédiate des garanties.

En cas de décès après signature de l'offre de prêt, de Contrat de crédit-bail ou de l'engagement de caution et après la date d'effet d'adhésion mais avant que la totalité ou une partie des fonds ne soit mise à disposition, la garantie décès produit tous ses effets si l'opération pour laquelle le contrat de prêt, de crédit-bail ou l'engagement de caution est accordé(e) et se poursuit.

**Garantie décès temporaire accident :** La garantie débute à la date de signature de la demande d'adhésion. Elle est limitée à soixante (60) jours et se termine au plus tard à la date de la notification de l'acceptation ou du refus de l'adhésion. Elle prend également fin automatiquement si l'Adhérent (ou l'Assuré si c'est une personne différente) ne donne pas suite à son adhésion. La garantie décès temporaire accident couvre le montant prévu pour la garantie décès dans la limite de 300 000 € (trois cent mille euros). En cas de Sinistre, après la signature du contrat de

prêt, de crédit-bail ou de l'engagement de caution et avant la mise à disposition des fonds, la garantie produit tous ses effets si le projet se poursuit.

En cas de réalisation du risque décès, le paiement par l'Assureur des sommes dues au Prêteur met fin à l'assurance.

## 9 CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

---

L'adhésion est conclue pour la durée du (des) prêt(s) mentionnée dans le bulletin d'adhésion, sous réserve de la survenance des cas de cessation de l'adhésion mentionnés ci-dessous.

Les garanties et l'adhésion cessent :

- Au jour de la réception par l'Assureur de la lettre de renonciation conformément à l'article 12 ;
- Au terme contractuel DU PRÊT, DU CRÉDIT-BAIL OU DE LA CAUTION ;
- En cas de REMBOURSEMENT total ANTICIPÉ DU PRÊT ;
- LA RÉSILIATION ANTICIPÉE DU PRÊT, DU CRÉDIT OU DE LA CAUTION À CAUSE DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS DUES ;
- A LA DATE DE CESSION, À TITRE ONÉREUX OU À TITRE GRATUIT, DU BIEN OBJET DU PRÊT, MÊME SI LE PRÊT DEMEURE SAUF ACCORD EXPRESS DE L'ASSUREUR POUR LA POURSUITE DES GARANTIES ;
- En cas de transfert du prêt au nom d'un autre Emprunteur
- A la date de versement de la prestation au titre du décès, de la PTIA sous forme de capital.
- Au cas où l'Assuré Caution résilie son engagement de caution, avec l'accord de l'organisme prêteur,
- AU JOUR OÙ L'ASSURÉ, REPRESENTANT D'UNE PERSONNE MORALE DONT LE NOM FIGURE AU K-BIS DE LA SOCIÉTÉ TOUT AU LONG DE LA DURÉE DU CONTRAT, CESSE D'AVOIR CETTE QUALITÉ AU SEIN DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE.
- SI LE PRÊT OU LE CRÉDIT DEVIENT PAYABLE AVANT TERME DU FAIT DE LA CESSATION DE L'ADHÉSION À L'ASSOCIATION ;
- A la date de résiliation du contrat d'assurance comme prévu au chapitre 18.

Les garanties facultatives ITT, IPT, IPP et IS AERAS prennent également fin :

- A la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime obligatoire (sauf pour raisons médicales)
- Au jour du départ en retraite quelle qu'en soit la cause ou de la mise en pré-retraite qu'elle qu'en soit la cause ( y compris la retraite pour invalidité , inaptitude au travail, réforme ou autre) en application de textes ou d'accords mettant en place ces régimes ou tout autre régime assimilable.

Et au plus tard :

- POUR LA GARANTIE DECES TEMPORAIRE ACCIDENT :
  - A COMPTER DE LA NOTIFICATION DE L'ACCEPTATION OU DU REFUS DE L'ADHESION ;
  - SI L'ADHERENT OU L'ASSURE SI C'EST UNE PERSONNE DIFFERENTE NE DONNE PAS SUITE A SA DEMANDE D'ADHESION ;
  - SOIXANTE (60) JOURS SUIVANT LA DATE DE SIGNATURE DE LA DEMANDE D'ADHESION AU MAXIMUM
- POUR LA GARANTIE DÉCÈS, AU 90<sup>E</sup> ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ ;
- POUR LA GARANTIE DE PTIA, AU 65<sup>E</sup> ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ ;
- POUR LES GARANTIES ITT, IPT, IPP OU IS AERAS ET LES OPTIONS ZEN ET ZEN+, AU 65<sup>E</sup> ANNIVERSAIRE DE L'ASSURÉ

## 10 DECLARATION FAUSSE OU ERRONEE

---

Le Contrat est basé sur l'exactitude des déclarations de l'Adhérent. Par conséquent, ce dernier doit répondre aux questions posées au moment de l'adhésion au Contrat et doit informer l'Assureur de tout changement en lien avec ces déclarations pendant la durée du Contrat.

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, le Contrat est considéré comme nul et non avenue en cas d'omission ou de fausse déclaration faite par l'Adhérent couvert, si cela modifie la portée des risques. L'Assureur conservera les cotisations perçues en compensation.

Cependant, une omission ou une fausse déclaration ne donne pas droit à résiliation du Contrat si la mauvaise foi de l'Adhérent n'est pas démontrée (article L. 113-9 du Code des assurances). Si l'omission ou la fausse déclaration est découverte avant toute réclamation, l'Assureur peut exiger une cotisation plus élevée ou décider de mettre fin au Contrat conformément aux dispositions du chapitre 12 ci-dessous.

## 11 TRANSFERT DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRET

---

L'Adhérent peut vouloir changer de Prêteur pour renégocier ou faire racheter un prêt en vigueur et/ou vouloir modifier les conditions de son adhésion au Contrat.

L'Adhérent pourra conserver son Contrat si :

- l'objet du prêt est identique ;
- les risques couverts sont identiques ;

- le montant du nouveau prêt, crédit ou engagement de caution est proche du montant restant à payer, augmenté du montant de l'indemnité de rachat anticipée, dans une marge de variation de 5 % ;
- la durée du nouveau prêt ou crédit est similaire au prêt ou au crédit initial, dans une plage de plus ou moins deux ans ;
- le montant des échéances du prêt ou des loyers du Contrat de crédit-bail sont proches des conditions initiales (avec un maximum de 5 % d'augmentation des versements mensuels) ;
- l'Adhérent ne doit pas passer un examen médical d'un niveau supérieur à celui requis lors de l'adhésion.

La modification sera effectuée dans les mêmes conditions que l'adhésion initiale si elle est acceptée, sans majoration ou exclusion complémentaire, et fera l'objet d'un avenant à l'Adhésion confirmant le changement de prêteur.

En cas de risques aggravés ou de nouveaux risques, un examen médical spécifique sera effectué sur la base des pathologies déclarées et peut entraîner l'établissement d'une nouvelle offre et d'un avenant au certificat d'assurance.

Si les limites ou marges de variation du montant et/ou de la durée du nouveau prêt, crédit ou engagement de Caution ci-dessus mentionnées sont dépassés ou si la demande est réalisée plus de 10 ans après l'entrée en vigueur du prêt et/ou de l'adhésion au Contrat d'assurance, l'Adhérent devra effectuer une nouvelle demande d'adhésion.

Pour demander la mise en œuvre de la portabilité, le membre doit envoyer ce qui suit à l'Assureur dans un délai de six mois suivant la renégociation du prêt :

- la preuve d'un remboursement anticipé ou d'une renégociation du prêt couvert par le Contrat ;
- les caractéristiques du nouveau prêt.

Un certificat provisoire d'adhésion peut alors être établi sur la base de ces documents, dans l'attente du courrier de renonciation du Prêteur initial au bénéfice des prestations fournies dans le cadre du Contrat initial. À réception de ce courrier, le certificat d'assurance modifié portant adhésion sera émis.

Si l'une des conditions ci-dessus n'est pas satisfaite, l'Assureur se réserve le droit de demander l'avis d'un expert ou de faire effectuer un examen médical adéquat.

## 12 FACULTE DE RENONCIATION

Un membre qui signe une offre ou un contrat dans le cadre d'une vente à distance, d'une vente par démarchage à son domicile, sur son lieu de résidence ou sur son lieu de travail même à sa demande, qui n'est pas en lien avec son activité commerciale ou son activité professionnelle est en droit de notifier à l'Assureur sa décision de renoncer à cette adhésion dans un délai de quatorze (14) jours ouvrés à partir de la date de conclusion de l'adhésion, sans avoir à se justifier ni à acquitter une quelconque somme au profit de l'Assureur.

### **Modalité de renonciation :**

Pour exercer son droit à renonciation, l'Assuré doit adresser une lettre de renonciation par courrier recommandé avec accusé de réception à Adhésions ALLAZO Emprunteur 38, rue La Condamine - 75017 Paris rédigée sur la base du modèle suivant :

« Je soussigné (Nom, Prénom, adresse) certifie renoncer à mon adhésion au contrat ALLAZO Emprunteur n°.....  
 La résiliation prendra effet à la date de réception de ce/cet [courrier avec accusé de réception].  
 Fait à ....., le .....

Une copie du courrier sera alors envoyée au Prêteur par le Gestionnaire.

### **Effets de la renonciation**

L'Assureur procède au remboursement de l'intégralité des primes versées dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec AR. Les effets sur l'adhésion varient selon le mode de commercialisation du contrat.

Si l'assurance a fait l'objet d'une vente à distance ou d'une vente en face à face, l'adhésion est réputée ne jamais avoir existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par le Gestionnaire de la lettre de renonciation en recommandé avec AR.

Si l'assurance a fait l'objet d'une vente par démarchage, l'adhésion est résiliée à compter de la réception de la lettre de renonciation en recommandé avec AR. L'Assuré reste cependant tenu au paiement intégral de la prime, dès lors que, après avoir renoncé, l'Assuré demande la prise en charge d'un sinistre né durant la période de garantie mais dont l'Assuré n'a pas connaissance au jour de la renonciation.

## 13 COTISATIONS

### 13.1 CALCUL DES COTISATIONS

Les garanties diminuent proportionnellement à la diminution du Capital restant dû par l'Adhérent en lien avec son prêt ou à la diminution de la Valeur de crédit-bail de son Contrat de crédit-bail, ou à la diminution corrélative de son engagement de caution. Le montant de la Cotisation varie donc chaque année en fonction des caractéristiques du prêt ou du Contrat de crédit-bail ou de l'engagement de caution (Capital restant dû, paiement des échéances ou des loyers, Valeur résiduelle du bien), de la Quotité assurée pour chaque garantie, de l'âge de l'Adhérent à la date d'anniversaire de l'adhésion, de son état de santé, des risques déclarés et des garanties d'assurance choisies.

En ce qui concerne les Contrats de crédit-bail, outre les critères ci-dessus mentionnés, la Cotisation est calculée en fonction du montant cumulé de la Valeur du crédit-bail, taxes comprises et de la Valeur résiduelle taxes comprises du bien.

Le taux de Cotisation et son évolution dans le temps est fixé lors de l'adhésion au Contrat. Un échéancier de paiement des Cotisations détaillant la Cotisation de l'Adhérent au fil des ans est remis à l'Adhérent à la Date d'adhésion au Contrat.

Le taux de Cotisation peut uniquement changer :

- si le changement de situation de l'Adhérent lui est favorable, eu égard aux dispositions du 2<sup>ème</sup> paragraphe du chapitre 17 « Modification du statut de l'Adhérent » des présentes conditions générales valant notice d'information.
- tout changement du taux des taxes applicables au Contrat, toute instauration de nouvelles impositions applicables au Contrat ou toute décision législative ou réglementaire applicable au Contrat entraînera une modification du montant de la Cotisation.

### 13.2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Chaque Cotisation est payable (terme à échoir) par l'Adhérent à la date indiquée dans l'échéancier des Cotisations qui lui est remis, et prélevée par le Gestionnaire sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France ou, à la demande de l'Adhérent faite à l'Assureur et acceptée par ce dernier, dans un autre État membre de l'Espace Économique Européen faisant partie de la zone SEPA.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent peut choisir de payer par prélèvement annuel, semestriel, trimestriel ou mensuel à condition que chaque prélèvement de Cotisation soit supérieur à 20€.

Le montant de la première échéance prélevée est constitué de la première Cotisation, des frais d'adhésion à l'association « le Collège des Assurés », ainsi que de frais de dossier. Le montant de ces frais est indiqué sur la demande d'adhésion.

Annuellement, à date anniversaire du contrat, des frais d'adhésion à l'Association « Le Collège des Assurés » sont prélevés par le Gestionnaire avec les cotisations. Le montant des frais d'association est déterminé chaque année par l'assemblée générale de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

En cours de vie du contrat, le montant des Cotisations est majoré des frais de gestion lorsque le Gestionnaire doit traiter des opérations de rejet de prélèvement bancaire (10 €) ou de mise en demeure pour non-paiement (25 €), uniquement en cas de provisions insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition au prélèvement.

### 13.3 CONSEQUENCES DU NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

L'Adhérent est tenu au paiement de l'intégralité des cotisations pendant toute la durée de l'adhésion.

Si l'Adhérent ne règle pas les cotisations ou s'il a exercé son droit de remboursement du prélèvement et qu'il n'a pas régularisé le paiement de sa cotisation ou fraction de cotisation, il peut être exclu du contrat après mise en demeure de payer par lettre recommandée, adressée dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

A défaut de régularisation, la résiliation de l'adhésion et l'exclusion du bénéficiaire du contrat d'assurance groupe interviennent au terme d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi conformément aux dispositions, respectivement, de l'article L. 113-3 du Code des assurances et de l'article L. 141-3 du Code des assurances.

### 13.4 EXEMPTION DE COTISATION

Les garanties d'ITT, IPT, IPP et IS AERAS sont assorties d'une garantie d'exonération du paiement de cotisations d'assurance. Lorsque l'Assuré se trouve en état d'invalidité ou d'incapacité reconnu par l'Assureur, il ne paye aucune cotisation d'assurance qui serait due au titre du contrat et qui viendrait à échéance pendant la prise en charge de l'ITT, de l'IPT, de l'IPP ou de l'IS AERAS.

## 14 LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

### 14.1 DELAI D'INFORMATION DE L'ASSUREUR EN CAS DE SINISTRE

L'Assuré ou ses ayant-droit doivent déclarer tout Sinistre soit en ligne via l'espace client pour l'assuré, soit par voie postale à l'adresse suivante : ALLAZO Emprunteur - Département Relations Clients - 38 rue La Condamine – 75017 Paris et produire les justificatifs suivants nécessaires à l'étude du dossier mais qui n'engagent pas l'Assureur sur l'appréciation de la réalisation du sinistre, dans un délai de trente (30) jours suivant la date du Sinistre.

### 14.2 LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

**TOUS LES DOCUMENTS MEDICAUX DOIVENT ETRE ENVOYES DE FAÇON CONFIDENTIELLE A L'ATTENTION DU MEDECIN CONSEIL DE L'ASSUREUR. L'ASSUREUR SE RESERVE LE DROIT DE DEMANDER TOUT DOCUMENT JUSTIFICATIF COMPLEMENTAIRE.**  
**TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURE OU DES PERSONNES AGISSANT POUR LE COMPTE DE L'ASSURE AINSI QUE LA PRODUCTION FRAUDULEUSE DE DOCUMENTS INEXACTS OU TROMPEURS CONCERNANT LA DATE, LA NATURE, LES CAUSES, LES CIRCONSTANCES OU LES CONSEQUENCES DE L'INCIDENT PEUT ENTRAINER LA DECHEANCE DE TOUT DROIT D'INDEMNISATION ET LE REMBOURSEMENT PAR L'ADHERENT OU LES BENEFICIAIRES DES MONTANTS DEJA VERSES PAR L'ASSUREUR.**

L'Assuré ou le Bénéficiaire doit envoyer les documents suivants :

**Dans tous les cas**

- le certificat d'assurance en vigueur ;
- une copie du contrat de prêt ou du Contrat de crédit-bail ou de l'engagement de caution ;
- le tableau d'amortissement ou l'échéancier du prêt ou du crédit-bail en vigueur à la date du Sinistre ;
- la copie d'une pièce d'identité de l'Assuré ou de chacun des Bénéficiaires autre que l'organisme prêteur (carte d'identité, passeport) en cours de validité
- Le RIB du Prêteur.
- Si l'Assuré est caution, les pièces justifiant qu'il se substitue à l'emprunteur depuis au moins trois mois.
- En cas d'Accident, l'Assuré ou ses ayants-droit doivent fournir les documents suivants :
  - un courrier mentionnant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'Accident,
  - une preuve de l'Accident, tel qu'un rapport de police, un procès-verbal de gendarmerie, coupures de presse, articles internet...

En l'absence de transmission des documents sollicités par l'Assureur, la prise en charge ne pourra être accordée.

**En cas de décès**

- L'acte de décès intégral portant mention de la date de naissance de l'Assuré.
- L'attestation de décès (imprimé fourni par l'Assureur), à faire remplir et signer par le médecin traitant ou le médecin ayant constaté le décès.
- En cas de décès à l'étranger, l'attestation de décès devra être établie ou certifiée par une autorité légale française (ambassade ou consulat) dans le pays concerné.

**En cas de PTIA**

L'Assuré devra transmettre une demande de prise en charge au titre de la garantie PTIA dans un délai de six (6) mois à partir de la date du Sinistre, accompagnée des pièces suivantes :

- la notification de mise en invalidité de 3ème catégorie si l'Assuré est assujéti à la Sécurité Sociale mentionnant la nécessité de l'Assistance d'une tierce personne ou un certificat médical attestant de l'invalidité si l'Assuré est non assujéti à la Sécurité Sociale.
- une copie de l'arrêté de position administrative ou l'avis de la commission de réforme si l'Assuré est fonctionnaire.
- Une attestation médicale d'Incapacité – Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) complétée et signée par l'Assuré et son médecin traitant,
- En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical attestant que l'Assuré est dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un revenu, un gain ou un profit, et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la Maladie ou de l'Accident dont il résulte. Ce document peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel-secret médical », à l'attention du médecin conseil de l'Assureur.
- Une copie du titre de pension de la Sécurité sociale mentionnant la nécessité de l'Assistance d'une tierce personne.

**En cas d'ITT**

L'Assuré doit transmettre dans un délai de six (6) mois à compter du jour du Sinistre une demande de prise en charge au titre de la garantie ITT, accompagnée des pièces suivantes :

- Une Attestation médicale d'Incapacité- Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin,
- En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'ITT, la date de l'Accident ou de début de la Maladie, la durée probable de l'incapacité,
- L'éventuel certificat médical de reprise d'activité à mi-temps thérapeutique consécutive à un arrêt de travail.

Joindre également :

- Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :

Les décomptes du règlement des indemnités journalières de son régime obligatoire d'assurance maladie couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise. A défaut, des attestations employeur peuvent être utilisées sous réserve qu'elles précisent la subrogation. Les titres de pension de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie ou de rente au titre de la maladie professionnelle ou accident du travail ne sont pas éligibles à l'ITT.

- Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :

Une attestation employeur précisant sa position au regard du régime statutaire des congés maladie, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

- Si l'Assuré est travailleur non – salarié :

- Un certificat de non-radiation de la Chambre de commerce ou de métier, ou un extrait Kbis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.
- Les indemnités journalières si l'Assuré relève du Régime Social des Indépendants
- A défaut, un ou des certificats médicaux (validité de 3 mois) précisant les périodes d'arrêt de travail ou le titre de pension pour incapacité au métier.

- Si l'Assuré est sans activité professionnelle et ne perçoit pas d'allocations versées par le Pôle Emploi :

Un ou des certificats médicaux (validité de 3 mois) précisant qu'il est bien en ITT au sens du contrat, couvrant au minimum l'intégralité de la période de franchise.

Pour la poursuite de l'indemnisation, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois (3) mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'attestation médicale d'Incapacité- Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations ne seront pas versées.

#### **En cas d'IPT ou IPP**

L'Assuré doit transmettre une demande de prise en charge au titre des garanties IPT ou IPP dans un délai de six (6) mois à partir de la date du Sinistre, accompagnée des pièces suivantes :

- Une attestation médicale d'Incapacité – Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin traitant
- En cas de refus du médecin d'utiliser ce document, un certificat médical indiquant la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant provoqué l'IPT ou IPP, la date de l'Accident ou de début de la Maladie.

#### Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :

Une copie de la notification par son régime obligatoire d'assurance maladie de sa mise en invalidité de 1ère, 2ème ou 3ème catégorie ou une copie de la notification d'attribution d'une rente correspondant à un taux d'invalidité supérieur à 66%.

#### Si l'Assuré est travailleur non salarié :

Un certificat de non-radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.

- Une copie du titre de pension d'Invalidité Permanente Totale
- Si l'Assuré est sans activité professionnelle : un ou des certificats médicaux (validité de 3 mois) précisant les périodes d'incapacité à ses activités habituelles non professionnelles.

Pour la poursuite de l'indemnisation des garanties IPT ou IPP, ces pièces doivent être fournies au rythme de leur renouvellement par l'organisme concerné, tous les trois mois pour le certificat médical et à la demande de l'Assureur pour l'attestation médicale d'Incapacité – Invalidité. A défaut de présentation de ces pièces, les prestations cessent d'être versées.

#### **En cas d'IS AERAS**

L'Assuré doit transmettre une demande de prise en charge au titre de la garantie IS AERAS dans un délai de six (6) mois à compter de la date du Sinistre, accompagnée des pièces suivantes :

- Une attestation médicale d'Incapacité – Invalidité (imprimé fourni par l'Assureur) à compléter par l'Assuré et son médecin.
- En cas de refus du médecin de compléter ce document, un certificat médical attestant la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré a revêtu un caractère définitif et la nature de la Maladie ou de l'Accident dont résulte l'invalidité
- Un titre de pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie de la sécurité sociale si l'Assuré est salarié, un congé de longue maladie s'il est fonctionnaire.
- Une notification d'incapacité totale à l'exercice de la profession si l'Assuré est non- salarié.

#### Si l'Assuré est assujéti à un régime obligatoire de protection sociale ou assimilé :

Une copie de la notification par son régime obligatoire de protection sociale d'une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie selon la définition de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité sociale ;

#### Si l'Assuré est fonctionnaire ou assimilé :

- Une copie de l'avis du "comité médical" ou de la "commission de réforme",
- Une copie de l'arrêté de position administrative ou une copie du titre de pension

#### Si l'Assuré est travailleur non salarié :

- un certificat de non-radiation de la chambre de commerce ou de métier, ou un extrait K bis, ou une attestation d'affiliation à une caisse de retraite.
- une copie du titre de pension d'Invalidité Permanente Totale.

**A DEFAUT DE DECLARATION DE SINISTRE DANS LE DELAI DE 6 MOIS, UNE DECHEANCE DE GARANTIE PEUT ETRE APPLIQUEE, CONFORMEMENT A L'ARTICLE L.113-2 DU CODE DES ASSURANCES, DES LORS QUE CETTE DECLARATION TARDIVE CAUSE UN PREJUDICE A L'ASSUREUR.**

**LA PRISE EN CHARGE ITT, IPT, IPP OU IS AERAS DEBUTERA ALORS AU JOUR DE LA RECEPTION DU DOSSIER COMPLET PAR L'ASSUREUR.**

**LA DATE DE RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE PTIA INTERVIENDRA A COMPTER DU JOUR DE RECEPTION DU DOSSIER COMPLET PAR L'ASSUREUR.**

Pour les sinistres constatés en-dehors du territoire français, ces documents devront être libellés ou traduits en français et certifiés par un membre de la représentation légale française dans le pays d'origine.

Les documents médicaux peuvent être adressés sous pli confidentiel au Médecin – Conseil IptiQ – 38 rue La Condamine – 75017 Paris.

Par ailleurs, l'Assureur peut demander une expertise médicale supplémentaire réalisée en France métropolitaine.

Dans les limites de la législation en vigueur, le paiement est effectué sur le compte du prêteur ou sur le compte de l'Adhérent ou des Bénéficiaires désignés.

## 15 CONTROLE MEDICAL

---

L'Assureur se réserve le droit de faire réaliser une expertise médicale à tout moment.

Seul l'Assureur est en droit de fixer le taux d'incapacité temporaire totale (ITT), le taux d'invalidité permanente totale (IPT) ou le taux d'invalidité permanente partielle (IPP), indépendamment d'une décision prise par le régime de protection sociale obligatoire de l'Adhérent.

Il est expressément stipulé qu'en cas d'atteinte corporelle lors d'un Accident ou de Maladie, la PTIA, l'ITT, l'IPT, l'IPP et l'IS AERAS doivent être établies par un médecin exerçant en France. Si l'Adhérent est à l'étranger et dans l'incapacité de voyager (constatée médicalement et documentée par un certificat médical), l'atteinte corporelle ou la Maladie doit être examinée par un médecin désigné par l'Assureur. Les frais de voyage de l'expert seront réglés par l'Adhérent, sauf si l'incapacité totale de voyager est établie et confirmée par le médecin.

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en œuvre de la garantie de la PTIA, de l'ITT, l'IPT, l'IPP et l'IS AERAS, l'Assureur se réserve le droit d'imposer une expertise médicale complémentaire à l'Adhérent réalisé en France par un expert médical indépendant désigné par l'Assureur à cet effet.

Les frais relatifs à cet examen médical sont à la charge de l'Assureur.

L'Assuré a la possibilité de se faire assister par un médecin de son choix. Si l'Assuré refuse de se soumettre à l'examen médical, il est considéré comme ayant renoncé au bénéfice de l'assurance. L'Assureur peut également effectuer tout contrôle alors que le Sinistre est en cours de prise en charge. Les résultats de ce contrôle peuvent entraîner jusqu'à l'interruption ou la réduction de l'indemnisation. L'appréciation par l'Assureur de la notion d'incapacité ou d'invalidité n'est pas liée à la décision prise par la Sécurité sociale, le médecin de l'Assuré ou tout autre organisme.

### TIERCE EXPERTISE

Si l'Assuré conteste la décision de l'Assureur suite à un contrôle médical, sauf si cette décision est la conséquence d'une fausse déclaration, il peut demander l'ouverture d'une procédure de tierce expertise dans les douze (12) mois suivant la date à laquelle la décision de l'Assureur lui a été notifiée. Cette demande doit être notifiée par écrit.

Pour ce faire, l'Assuré doit retourner à l'Assureur le document « PROCEDURE DE TIERCE EXPERTISE EN CAS DE SINISTRE » dans les trois (3) mois suivant son envoi par l'Assureur. Sur ce document, l'Assuré indique les coordonnées du médecin qu'il aura désigné pour le représenter dans cette procédure, et il s'engage à prendre en charge les frais et honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais et honoraires du médecin tiers expert, et ce quelle que soit l'issue de la procédure.

A réception, l'Assureur invite son médecin conseil à désigner plusieurs médecins tiers experts (au moins deux (2) noms) et soumet les noms et coordonnées de ces praticiens au médecin de l'Assuré, afin que ce dernier choisisse, parmi ces noms, le médecin expert à qui sera confiée la mission de procéder à un nouvel examen.

Les conclusions du médecin tiers expert s'imposent aux parties, sans préjudice des recours qui pourront être exercés par les voies du droit.

En tout état de cause, les parties conservent le droit de saisir les tribunaux.

## 16 SUBROGATION

---

Conformément à la législation en vigueur, l'Assureur est subrogé, en ce qui concerne les indemnités versées, aux droits et actions de l'Adhérent ou des Bénéficiaires, à l'encontre de toute personne responsable de l'Accident et de son assureur pour les montants versés au titre de ce Contrat, sauf en cas de décès de l'Adhérent.

La garantie ne joue plus en faveur de l'Adhérent si, du fait de l'Adhérent, l'Assureur ne peut plus exercer de recours subrogatoire pour récupérer les indemnités déjà versées.

## 17 MODIFICATION DU CONTRAT ET CHANGEMENT DE CIRCONSTANCES

---

### 17.1 MODIFICATION DE LA GARANTIE DU CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE

Ce Contrat est régi par le Code des assurances et relève des branches 1, 2 et 20 (accident, maladie, vie / décès).

Ce Contrat, ainsi que les droits et obligations de l'Adhérent, peuvent être modifiés pour les prêts commerciaux par un accord entre l'Adhérent et l'Assureur pendant la durée du Contrat. Les changements apportés aux dispositions fondamentales du Contrat conclu par l'Association peuvent uniquement être autorisés par l'assemblée générale de l'Association. L'Association doit informer les membres des changements au moins trois mois avant leur entrée en vigueur.

Cependant, les Contrats qui couvrent les crédits à la consommation et les hypothèques peuvent uniquement être modifiés avec l'accord de l'Adhérent (article L. 313-29, 2° du Code de la consommation).

### 17.2 CHANGEMENT DE SITUATION

Doivent être communiquées au Gestionnaire sur l'espace client ou par courrier tout changement de coordonnées téléphoniques, électroniques et postales de l'Adhérent et/ou de l'Assuré, s'il s'agit d'une personne différente, utilisée pour la communication avec le Gestionnaire, dans les plus brefs délais.

A défaut les courriers, courriels ou SMS seront transis aux dernières coordonnées connues et produiront tous leurs effets. Le Gestionnaire doit également être informé selon les modalités ci-dessus de tout changement de compte bancaire pour le paiement des Cotisations, dès que possible.

S'il le souhaite, l'Adhérent peut déclarer les changements concernant son travail, son style de vie, tabagisme, activités sportives, voyages à l'étranger, après son adhésion, si ces changements sont susceptibles de lui permettre d'obtenir de meilleures conditions ou une réduction du montant des Cotisations.

### 17.3 MODIFICATION DU PRET SANS CHANGER DE PRETEUR

Toute modification du prêt, du Contrat de crédit-bail ou de l'engagement de Caution couverts doit être communiquée au Gestionnaire sur l'espace client ou par courrier dès que l'Adhérent en a connaissance. L'Assureur étudiera les modifications demandées.

## 18 FACULTE DE RESILIATION

---

Lorsque le Contrat d'assurance garantit un prêt immobilier, il peut être résilié dans les circonstances suivantes :

- Par décision de l'Adhérent sous réserve de l'accord du Prêteur :
  - L'adhésion au Contrat dure un an et est renouvelée d'une année sur l'autre par reconduction tacite à chaque date anniversaire jusqu'à la date à laquelle la garantie cesse conformément à la clause 9, sous réserve d'une résiliation anticipée par l'Adhérent.
  - Pour les contrats d'assurance garantissant un prêt immobilier et conformément aux dispositions de l'article L.113-12-2 du Code des assurances, l'Adhérent peut demander la résiliation de son adhésion à tout moment. Il doit adresser à BPSIs, par lettre recommandée au 38 rue La Contamine 75017 Paris, sa demande de résiliation accompagnée de la notification de l'acceptation par le Prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date souhaitée de prise d'effet de la nouvelle adhésion. La résiliation de l'adhésion au présent Contrat prend effet dix jours après la réception par le Gestionnaire de ces éléments ou à la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion si celle-ci est postérieure.
  - Pour les contrats d'assurance garantissant un prêt autre que les prêts susvisés, l'Adhérent peut mettre fin à son Contrat par courrier recommandé avec accusé de réception envoyé à BPSIs au 38, rue La Condamine - 75017 Paris avec un préavis de deux (2) mois avant la date anniversaire de l'adhésion. Le Gestionnaire enverra une copie du courrier de résiliation au prêteur. La résiliation entraînera la cessation des garanties.
- Par décision de l'Assureur :
  - En cas de non-paiement des Cotisations conformément au chapitre 13 ci-dessus.
  - L'Assureur peut mettre fin au Contrat pour aggravation du risque si les conditions suivantes sont remplies (Article R. 113-13 du Code des assurances) :
    1. L'Adhérent pratique régulièrement une nouvelle activité sportive présentant un risque particulier pour sa santé ou sa sécurité, et figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'économie ;
    2. L'exercice de cette nouvelle activité conduit à rendre inexacts ou caduques les réponses faites par l'Assuré en réponse aux questions relatives à sa pratique sportive posées par l'assureur lors de la conclusion de l'adhésion, en application des dispositions du 2° de l'article L. 113-2 ;
    3. L'Adhérent n'a pas déclaré cette nouvelle activité dans les conditions et les délais définis au point 3° du même article L. 113-2 du Code des assurances.
- De plein droit
  - À la date de cessation de la couverture (voir le chapitre 9),
  - En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration de risque au moment de l'adhésion ou pendant le Contrat (articles L. 113-8 and L. 113-9 du Code des assurances).
  - Retrait de l'agrément de l'Assureur, conformément aux Articles L. 326-12 et R. 326-1 du Code des assurances ;
  - À la date du décès de l'Adhérent.

## 19 TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

---

En cas de réclamation relative à l'adhésion ou à la gestion du contrat d'assurance, l'Adhérent et/ou l'Assuré si c'est une personne différente peuvent dans un premier temps contacter le distributeur d'assurance auprès duquel il a souscrit l'adhésion.

Si la réponse obtenue ne les satisfait pas, ils peuvent contacter le service client du Gestionnaire, qui gère le Contrat, via leur espace client ou par voie postale à l'adresse suivante : ALLAZO Emprunteur – Service Client - 38, rue La Condamine - 75017 Paris en précisant le nom et le numéro de votre contrat ainsi que vos coordonnées complètes.

Les délais de traitement de votre réclamation sont les suivants : un accusé de réception vous sera adressé dans un délai de dix (10) jours et vous recevrez une réponse dans un délai de 60 jours (sauf survenance de circonstances particulières induisant un délai de traitement plus long, ce dont nous vous tiendrons informés).

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de l'assurance, personnalité indépendante, en vous adressant à l'association La Médiation de l'Assurance à l'adresse suivante : Par mail : sur le site [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) - Par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09. L'intervention du médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

## 20 DELAI DE PRESCRIPTION

---

Toutes actions dérivant du présent Contrat d'assurance sont prescrites à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions prévues aux articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances.

### Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

### Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L114-2 du Code des assurances sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après.

### Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

### Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

### Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

### Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

### Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

### Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

### Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

## 21 PROTECTION DES DONNEES

---

Les données à caractère personnel collectées sont nécessaires à la souscription et à la gestion de votre contrat d'assurance par votre assureur, IptiQ, qui en a confié la gestion au courtier, BPSI's.

Pour exercer un ou plusieurs de vos droits (droits d'accès, de rectification de vos données, à l'effacement de vos données, à la limitation du traitement, de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès, à la portabilité de vos données et d'opposition à ce que vos données soient transmises à des tiers) ou pour contester une décision individuelle automatisée, il convient de fournir la copie d'une pièce justificative d'identité et de contacter le Délégué à la protection des données soit par courrier à l'adresse suivante BPSIS - Délégué à la Protection des Données, 38 rue La Condamine, 75017 PARIS soit par mail à [dpo@bpsis.fr](mailto:dpo@bpsis.fr) ou d'en faire directement la demande depuis l'Espace Client en ligne.

Pour toute précision complémentaire, relative au traitement de vos données, nous vous invitons à consulter la politique de confidentialité annexée à votre contrat et accessible depuis votre espace personnel.

## 22 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

---

Le Gestionnaire et l'Assureur sont soumis au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application des dispositions des articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Ces informations sont recueillies par le Gestionnaire pour le compte de l'Assureur qui peut y accéder en application de la réglementation. Ce faisant, le Gestionnaire a donc l'obligation d'identifier et de connaître ses clients et de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurances.

L'assureur ne prendra pas en charge, ni ne sera tenu de payer une quelconque demande ou de fournir un quelconque bénéfice, si cela est susceptible d'exposer l'assureur (ou la société mère, une holding directe ou indirecte de l'assureur) à une quelconque sanction ou restriction émanant de toute sanction économique ou commerciale applicable en vertu des lois et règlements économiques. Ceci inclut les sanctions ou restrictions extraterritoriales qui ne sont pas en contradiction avec les règles applicables à l'assureur.

## 23 OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

---

En application de l'article L.223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent et l'Assuré si c'est une personne différente ont le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, ce qui leur permet de ne pas être démarché par des professionnels avec lesquels ils n'ont pas de contrats en cours (modalités sur le site [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)).

## 24 AUTORITE DE CONTROLE

---

Le Courtier et le Gestionnaire sont soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09. – <http://acpr.banque-france.fr>.

L'Assureur est soumis au contrôle de l'autorité de contrôle des assurances du Luxembourg (*Commissariat Aux Assurances*) à l'adresse : 7, boulevard Joseph II, L - 1840 Luxembourg, GD de Luxembourg - <http://www.caa.lu/>.

## 25 LOI APPLICABLE

---

Le Contrat est rédigé en langue française, langue que l'Assureur s'engage à utiliser pendant la durée de l'adhésion. Les relations précontractuelles et le contrat ALLAZO Emprunteur sont régis par le droit français. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation de ce contrat relève de la compétence des juridictions françaises.

## 26 ADHESION A L'ASSOCIATION « LE COLLEGE DES ASSURES »

---

### 26.1 OBJET

L'Association « Le Collège des Assurés » a pour objet :

- de regrouper des personnes qui souhaitent s'assurer à différents titres,
- de souscrire des contrats d'assurance collectifs en faveur de personnes recherchant des produits d'assurance adaptés aux besoins et aux situations des membres,
- de représenter et défendre les intérêts de ces derniers.

### 26.2 ADHESION

Toute personne physique peut devenir Adhérent de l'Association « le Collège des Assurés » à l'occasion de sa demande d'adhésion au contrat ALLAZO Emprunteur.

Son adhésion est effective dès lors que sa demande d'adhésion est acceptée par l'organisme assureur et que la cotisation annuelle est acquittée.

### **26.3 COTISATION**

Une cotisation associative est due chaque année. Son montant est déterminé chaque année par l'assemblée générale de l'Association dans la limite d'un plafond mentionné sur la demande d'adhésion.

Ce montant est prélevé annuellement, à la date anniversaire du contrat, au début de chaque année par le Gestionnaire en même temps que la cotisation d'assurance.